Rok XLI. Kraków 8 Listopada 1902. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do nauki o aglutynujących własnościach prawidłowej surowicy ludzkiej.

Podał

Dr. Leon Karwacki.

Od czasu, kiedy Widal zastosował klinicznie wynalazki Grubera i Durhama, Pfeiffera i Kollego, liczba prac traktujących o aglutynacyi urosła niepomiernie. Liczni badacze starali się ująć to zjawisko w ścisłe ramy doświadczalne i określić jakościowo i ilościowo wpływ różnych czynników, warunkujących jego powstawanie. Po ustaleniu pojęcia o swoistości tego zjawiska dla danego gatunku drobnoustrojowego okazało się, że różne odmiany tego samego gatunku różnią się ilościowo co do własności aglutynowania się. Pierwszy Kolle zrobił uwagę, że laseczniki durowe jadowite aglutynują się znacznie słabiej, niż mało jadowite. Gruber zdanie to potwierdził. Kühnau, badając oddziaływanie surowicy chorego na dur, otrzymał aglutynacyę w rozcieńczeniu 1: 100 dla zarazka bardzo jadowitego i 1: 500 dla lasecznika durowego o jadowitości złagodzonej. Achard i Bensande badali odczyn indywidualny 20 odmian laseczników durowych: 19 wyodrębnionych przez nich samych od chorych i jednej odmiany niewiadomego pochodzenia. Badania dokonane w jednakowych warunkach dały wyniki różne co do stopnia aglutynowania się różnych odmian, przytem stopień aglutynacyi homologicznej — surowica i zarazek od jednego chorego — czasem bywał niższy od aglutynacyi przy surowicy i zarazku różnego pochodzenia. W jednym przypadku surowica nieczynna wobec 8 odmian aglutynowała jeden tylko okaz laseczników durowych. Na ogół jednak różnice ilościowe były niewielkie. Muszę zaznaczyć w tem miejscu, że prawie wszystkie badane odmiany posiadały jedną cechę wspólną: oto na krótko przed badaniem były otrzymane z ustroju i pobyt ich na pożywkach sztucznych trwał bardzo niedługo. Widal zbadał odczyn 26 odmian laseczników durowych (pochodzenia europejskiego i egzotycznego); podobne badania przeprowadzali Stern i Fraenkel u 6 odmian: wszyscy ci badacze przekonali się, że różnice w stopniu aglutynowania się u poszczególnych okazów są nieznaczne. Trochę odmienne wyniki otrzymał Van-de-Velde: na 20 okazów laseczników durowych jeden nie dawał odczynu z surowicami dwóch chorych durowych przy rozcieńczeniu 1: 10. Surowica konia, uodpornionego przeciw lasecznikom durowym, również okazała się nieczynną wobec tej odmiany.

Daleko większe różnice indywidualne okazały się przy poszukiwaniach nad innymi gatunkami drobnoustrojów, jak laseczniki okrężnicy, paciorkowce. Grupa drobnoustrojów, objęta nazwą laseczników okrężnicy, zawiera odmiany o własnościach biologicznych tak różnych, że sprawa ich klasyfikacyi wprawiała bakteryologów w niemały kłopot. Kiedy swoistość aglutynacyi dla laseczników durowych i przecinków cholerycznych została ugruntowana na podstawach tak trwałych, że dzięki jej można było w przypadkach wątpliwych rozpoznawać dane drobnoustroje, obudziła się chęć zużytkowania tego odczynu i dla celów racyonalnej klasyfikacyi laseczników okrężnicy. Okazało się jednak wkrótce, że niepodobieństwem jest różniczkować laseczniki okrężnicy na podstawie aglutynacyi; z odmian, zachowujących się zupełnie jednakowo wobec odżywek i dających jednakowy odczyn chemiczny, jedne aglutynowały się przez surowice chorych, lub zwierząt uodpornionych, inne zaś nie.

Smith u chłopczyka z rozpoznaniem *colitis* wyhodował z kału 12 odmian lasecznika okrężnicy: surowica chorego aglutynowała 9 odmian przy rozcieńczeniu 1: 200, trzy zaś odmiany nie aglutynowały się wcale. Achard zaraził różnemi odmianami lasecznika okrężnicy 8 świnek morskich i badał działanie ich surowic na 13 odmian tych drobnoustrojów; aglutynacya była niestała, często nawet z odmianą homologiczną.

Surowica konia, uodpornionego przeciw lasecznikowi okrężnicy przez Van-de-Velde, aglutynowała 25 odmian tego lasecznika, 4 zaś nie. Köhler i Scheffler otrzymali z kału durowych 27 odmian lasecznika okrężnicy: surowica odnośnych chorych aglutynowała silnie 9 z tych okazów, słabo 5, 13 odmian okazały się zupełnie niewrażliwemi na działanie surowic.

Z doświadczalnych poszukiwań Pfaundlera, Jatty, Rothbergera, Radzievskyego wypływa jeden stały fakt co do aglutynacyi odmian okrężnicowych: okaz, którym zwierzę było szczepione, aglutynuje się stale, podczas gdy inne aglutynują się zupełnie przypadkowo.

Bezançon i Griffon wykonali szereg doświadczeń nad aglutynacyą odmian dwoinek Talamon-Fraenkla. Do badania wzięli 22 odmiany: 21 pochodziły z odnośnych chorych, jedna zaś odmiana była hodowana przez trzy lata na odżywkach sztucznych. Z 21 badanych surowic wszystkie aglutynowały dwoinki homologiczne, na 24 badanych surowic 15 aglutynowało dwoinki laboratoryjne. Na 10 przypadków, gdzie surowica i dwoinki były różnego pochodzenia, odczyn dodatni był trzy razy. Daddi i Pesci, Laudi i Cionini nie zauważyli żadnej różnicy w zachowywaniu się dwoinek homologicznych, lub innego pochodzenia.

W zakażeniu klinicznem i doświadczalnem przez grupę *proteus* Lannelongue i Achard stwierdzili również znaczne różnice indywidualne w aglutynowaniu się odmian tej grupy.

Achard i Bensande zbadali wrażliwość na aglutyniny u 6 odmian paciorkowców, Van-de-Velde u 15. Do badania były brane surowice przeciwpaciorkowcowe różnego pochodzenia i prawidłowe surowice końskie. Z badań wynika, że zdolność aglutynowania się u paciorkowców nie jest cechą gatunku, lecz odczynem czysto indywidualnym.

Achard i Bensande, badając oddziaływanie surowic cholerycznych na przecinki Kocha, znaleźli nieznaczne różnice indywidualne w aglutynowaniu się typowych przecinków cholerycznych. Jeden tylko prątek chorobotwórczy „Massaouah“ nie aglutynował się wcale; drobnoustrój ten nie dawał również objawu Pfeiffera z surowicą zwierząt uodpornionych.

Nicolas zbadał aglutynacyę odmian laseczników Loefflera pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej: z 12-tu odmian drobnoustrojów 6 dały aglutynacyę bardzo wyraźną i swoistą, w 6-ciu zaś hodowlach odczyn wypadł ujemnie.

Z przytoczonych poszukiwań wynika ten wniosek, że dla stwierdzenia aglutynacyi w danem zakażeniu wybór drobnoustrojów ma wartość pierwszorzędną. Jakiemi jednak cechami należy się powodować w tym wyborze? Pierwsi badacze dopatrywali większą lub mniejszą zdolność do aglutynowania się w zależności od większej lub mniejszej jadowitości drobnoustroju, przyczem własności te miały stać do siebie w stosunku odwrotnym. W następstwie jednak okazało się, że współistnienie tych cech nie jest stałe, a zatem nie może zachodzić między niemi stosunek przyczynowy. W wielu zakażeniach doświadczalnych okazało się, że aglutynacya jest stałą tylko dla zarazka, którym dane zwierzę było zaszczepione. Gdyby jednak to było prawem, gdyby w miejsce swoistości gatunkowej istniała swoistość indywidualna, aglutynacya kliniczna straciłaby racyę bytu. W istocie tak nie jest: obok spostrzeżeń, że zarazek otrzymany z chorego jest wrażliwszy na odczyn jego surowicy, istnieje mnóstwo innych, gdzie zarazek innego pochodzenia aglutynował się lepiej od drobnoustroju homologicznego. W klinice Chauffarda miałem możność spostrzegania przypadku marskości wątroby z wysiękiem w jamie brzusznej, powikłanej zakażeniem laseczn ikami okrężnicowymi. Z płynu otrzewnowego otrzymałem czystą hodowlę lasecznzika okrężnicy: otóż zarówno płyn otrzewnowy, jak i surowica chorej aglutynowały sprawcę zakażenia przy rozcieńczeniu znacznie mniejszem, niż inną odmianą tegoż lasecznika.

Rehns uważa, że stopień zdolności aglutynowania się u laseczników durowych jest indywidualnym i o tyle stałym, że przy zakażeniu zwierząt lasecznikami o mniejszej lub większej wrażliwości aglutynacyjnej, stale otrzymują się surowice o mniejszej lub większej zawartości aglutynin. Najwięcej dla wyjaśnienia tej sprawy zrobił Rodet: badacz ten pierwszy wykazał, że wrażliwość drobnoustrojów na aglutyniny jest cechą równie zmienną, jak i inne cechy biologiczne. Im szerszą jest skala życiowa danego drobnoustroju, tem znaczniejsze są wahania i zdolności aglutyonwania się. Już z danych faktycznych przytoczonych wyżej można było wyprowadzić ten wniosek, że skala aglutynacyjna u drobnoustrojów o równoczesnym charakterze saprofitycznym i chorobotwórczym jest bez porównania większa, niż u bakteryj wyłącznie chorobotwórczych. Rodet pierwszy ustalił ten fakt, że drobnoustroje, świeżo otrzymane z organizmu zwierzęcego, posiadają nieznaczną zdolność do aglutynowania się. Hodowanie przez czas dłuższy na pożywkach sztucznych zdolność tę znakomicie potęguje, lub budzi nieistniejącą. Przechowując surowicę owcy uodpornionej przeciw lasecznikowi okrężnicy, Rodet badał porównawczo co jakiś czas jej odczyn, stale używając jako odczynnika jednej odmiany okrężnicowej: w marcu surowica aglutynowała przy rozcieńczeniu 10, w lipcu przy 2000, w październiku przy 10.000.

Laseczniki durowe, otrzymane z krwi lub śledziony chorych, niewrażliwe zupełnie na swoiste działanie surowic odzyskiwały również zdolność aglutynowania się przez pobyt na odżywkach laboratoryjnych. Fakt ten potwierdził Sacquépée i wykonał klasyczne doświadczenie w tym kierunku. Surowica białych szczurów, uodpornionych przeciwko lasecznikom durowym, posiadała zdolność aglutynacyjną w stopniu bardzo znacznym. Szczurom tym Sacquépée wszywał do otrzewnej hodowle laseczników durowych w woreczkach kolodyonowych i po kilku tygodniach wyjmował je z powrotem. Laseczniki otrzymane z otrzewnej nie aglutynowały się wcale. Rosnąc w warunkach zmienionych, laseczniki przystosowały się do nich i w walce o byt wyrobiły w sobie zdolność opierania się szkodliwemu działaniu aglutynin ustrojowych. Po półrocznym pobycie poza ustrojem zdolność aglutynowania się wróciła. Również Beil spostrzegł, że laseczniki durowe, otrzymane z otrzewnej przy zakażeniu doświadczalnem, nie aglutynują się pod wpływem surowic swoistych.

Radzievsky określał wrażliwość na aglutyniny pewnej odmiany laseczników okrężnicy, następnie zwiększał jej jadowitość, przeprowadzając ją przez ustrój zwierzęcy: pierwotne własności aglutynowania się ulegały przytem znacznej zmianie. Nicolas spostrzegł również u laseczników błonicy, że dłuższy ich pobyt na pożywkach sztucznych wywołał nieistniejącą początkowo wrażliwość na swoiste aglutyniny.

Najmniej uwydatniają się różnice indywidualne w aglutynacyi laseczników gruźlicy. Zarówno Arloing i Courmont, jak Buard, Casagrandi i inni mieli wyniki identyczne z surowicą gruźliczych, chociaż w hodowlach laseczników, służących do aglutynacyi, zachodziły pewne różnice: Arloing i Courmont początkowo hodowali swoje laseczniki na ziemniaku i następnie przeszczepiali do bulionu; Buard do pierwszego szczepienia używał marchwi, a Casagrandi w miejsce bulionu brał odwar ziemniaczany. Wszystkie te odmiany techniczne posiadały jednak jedną wspólną cechę: oto laseczniki przed użyciem do odczynu przez długi czas były hodowane na pożywkach sztucznych i to ujednostajniło ich wrażliwość na aglutyniny.

Spotęgowanie i ustalenie wrażliwości aglutynacyjnej przez długi pobyt na odżywkach wydaje mi się warunkiem nieodzownym dlatego, żeby wyniki poszukiwań nad aglutynacyą nie miały charakteru przypadkowego.

W ostatnich czasach aglutynacya drobnoustrojów na Zachodzie zyskuje coraz większe zastosowanie w klinice, jako gałąź pomocnicza w rozpoznawaniu chorób zakaźnych. Wyprowadzenie wniosków praktycznych z wyników aglutynacyi powinno być ograniczone przez pewne warunki, dotyczące jej stopnia i krzywej jej przebiegu. Stopień aglutynacyi, jak wiadomo, określa się największem rozcieńczeniem surowicy, przy którem odczyn jeszcze powstaje. Przy po-

szukiwaniach nad aglutynacyą w chorobach zakaźnych okazało się, że u niektórych osobników zdrowych surowica posiada także zdolność aglutynowania drobnoustrojów chorobotwórczych. Ztąd wynikła potrzeba dokładniejszego zbadania tej, tak zwanej aglutynacyi fizyologicznej i bodaj przybliżonego określenia jej granic. W tym kierunku istnieje duży materyał statystyczny, gdyż prawie każdy z lekarzy, zajmujących się aglutynacyą, określał równocześnie dla porównania odczyn surowic prawidłowych. Materyał ten ulega jednak pewnemu zarzutowi: oto osobniki, uważane za prawidłowe, posiadały przeszłość patologiczną, która mogła mieć wpływ na wynik aglutynacyi. W mniejszym stopniu zarzut ten dotyczy aglutynacyi laseczników durowych, lub przecinków cholerycznych, bardziej zaś odbija się na aglutynacyi gruźliczej, lub okrężnicowej. W sprawie aglutynacyi fizyologicznej najbardziej miarodajnym może być odczyn surowic dziecięcych wnet po urodzeniu.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jedną tylko pracę, w podobny sposób poruszającą tensam temat. Romberg badał krew noworodków na obecność aglutynin gruźliczych: w 33 zbadanych przypadkach odczyn wypadł ujemnie.

Moje poszukiwania rozciągają się na 100 okazów krwi noworodków: w 100 przypadkach była badaną surowica na zawartość aglutynin durowych, w 100 na obecność aglutynin okrężnicowych, w 25 zbadany był odczyn z przecinkami cholerycznymi, w 25 z dwoinkami zapalenia płuc włóknikowego.

Technika otrzymywania krwi była następująca: wnet po urodzeniu się dziecka była wyciskaną krew z łożyskowego końca pępowiny do jałowej probówki. Odczyn surowicy badałem po 24 godzinach. W kilku przypadkach zmuszony byłem centryfugować płyn otrzymany po utworzeniu się skrzepu, gdyż zawierał on w znacznej ilości krwinki. Surowica nawet przy dłuższem przechowywaniu okazywała się jałową. Następnie trzymałem się ściśle zasad teoretycznych, przytoczonych we wstępie: lasecznik durowy, posiadający wszystkie typowe cechy lasecznika Ebertha, hodowany był przedtem przez pół roku na pożywkach sztucznych, lasecznik okrężnicy hodowany był przez rok, przecinek choleryczny, otrzymany z Instytutu Pasteura, pochodził z epidemii w Hamburgu; dwoinki otrzymałem przed pół rokiem z plwociny chorego na włóknikowe zapalenie płuc. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem aglutynacyi pneumokokowej, badałem odczyn tylko drobnowidowo, łącząc na szkiełku przedmiotowem kroplę surowicy czystej lub rozcieńczonej z kroplą odczynnika drobnoustrojowego; 24-godzinne hodowle agarowe lasecznika durowego, lasecznika okrężnicowego i prątka cholerycznego, były rozcieńczone w pięciu centymetrach sześciennych fizyologicznego roztworu, pneumokoki zaś były używane w postaci 24-godzinnej hodowli bulionowej. Wszystkie drobnoustroje były przeszczepiane co drugi dzień. Surowica była badana czysta i rozcieńczona. Rozcieńczeń dokonywałem na szeregu szkiełek zegarkowych: do jednej kropli surowicy zapomocą pipetki z podziałką dodawałem 1, 2, 3, 4... 9... 24 kropli fizyologicznego roztworu, otrzymując w ten sposób rozcieńczenia 1: 2, 1: 3, 1: 4, 1: 5... 1: 10... 1: 25, które dla skrócenia nazywam rozcieńczenia 2, 3, 4, 5... 10... 25.

Po przykryciu szkiełkiem nakrywkowem badałem co pewien czas preparat bez imersyi. Za najdłuższy przeciąg czasu potrzebny dla wystąpienia odczynu przyjąłem 2 godziny. Dla sprawdzenia w każdym przypadku badałem wejrzenie czystej zawiesiny drobnoustrojowej. Aglutynacyę częściową, polegającą na wytwarzaniu się po dwóch godzinach w nieznacznej ilości niewielkich gromadek, uważałem za wynik ujemny. Surowice badane na aglutyniny pneumokokowe zasiewałem hodowlą dwoinek i oglądałem pod mikroskopem (na szkiełku) po 24-godzinnym pobycie w cieplarce.

Wyniki badania były następujące:

a) Na 100 okazów surowicy noworodków 9 dało wyraźną aglutynacyę z lasecznikiem Ebertha w postaci nierozcieńczonej. Surowice rozcieńczone dawały tylko odczyn częściowy. Przy rozcieńczeniu większem nad 5 nie było aglutynacyi nawet częściowej.

W jednym z 9 dodatnich wyników stwierdziłem u matki przebyty dur.

b) Na 100 badanych surowic otrzymałem we wszystkich wyraźną aglutynacyę z lasecznikiem okrężnicy przy stosowaniu surowicy nierozcieńczonej

Przy rozcieńczeniu	5	odczyn był	78	razy
„	„	10	„	„ 40	„
„	„	15	„	„ 8	„
„	„	20	„	„ 2	„
„	„	30	„	„ 1	„

Przy większych rozcieńczeniach aglutynacyi nie otrzymałem.

W 20-tu przypadkach, gdzie aglutynacya ze zwykłym odczynnikiem była przy rozcieńczeniu 10, zbadałem odczyn surowicy z inną odmianą lasecznika okrężnicy, świeżo wyhodowaną z wysięku otrzewnowego chorej. Przy stosowaniu surowicy rozcieńczonej nie otrzymałem aglutynacyi ani razu, czysta surowica dała częściowy odczyn tylko w dwóch przypadkach, w reszcie poszukiwań wyniki były ujemne.

c) Z 25 badanych surowic jedna tylko dała aglutynacyę dwoinek w tworzącej się hodowli po 24 godzinach. Surowica była nierozcieńczona. Kropla mętnego płynu, zbadana pod drobnowidem, zawierała wyraźne gromadki dwoinek. Matka w pierwszej połowie ciąży przechodziła zapalenie płuc włóknikowe.

d) Z 25 nierozcieńczonych surowic 2 dały aglutynacyę z przecinkami cholerycznymi. Hodowla oprócz przecinków typowych zawierała dużo postaci długich inwolucyjnych. Niektóre z badanych surowic wywoływały częściową aglutynacyę tych postaci długich w kształcie rozetek, nie działając na przecinki typowe.

W dzieciństwie ilość aglutynin durowych w surowicy nie narasta, jak widać ze statystyki Gershela, który na 115 badanych dzieci ani razu nie otrzymał odczynu z surowicą rozcieńczoną, — zatem wyniki identyczne z moimi.

Inaczej rzecz się ma z surowicą osobników dorosłych: Stewart na 462 osobników badanych otrzymał aglutynacyę 3 razy; — badana była krew wysuszona i następnie rozcieńczona. Elsberg na 148 osobników widział odczyn u jednego. Courmont na 64 poszukiwania znalazł odczyn 1 raz. Rochette w 38 badaniach miał aglutynacyę 3 razy.

Przypadki Sklowera tak się układają: na 100 poszukiwań aglutynacya dodatnia 25 razy przy rozcieńczeniu 10, 10 razy przy rozcieńczeniu 20, 1 raz przy 40.

Stern u 70 badanych znalazł odczyn 20 razy przy rozcieńczeniu 10, 5 razy przy 20, 2 razy przy 30. Ziemke w 28 poszukiwaniach otrzymał aglutynacyę 6 razy przy rozcieńczeniu 10.

W odsetkach wypada, że około 6,5% badanych osobników posiada surowicę czynną wobec laseczników durowych przy rozcieńczeniu 10. Osobniki te nie przedstawiały w swej przeszłości patologicznej przebytego duru.

Co się tyczy aglutynin okrężnicowych, to Mc Crae w zbadanych 300 okazach krwi notował je stale przy rozcieńczeniu 10.

U 10 chorych szpitalnych, z których żaden przedtem nie przechodził zapalenia płuc, zbadałem surowice na aglutyniny pneumokokowe: odczyn wypadł dodatnio 4 razy w rosnącej hodowli przy użyciu surowicy nierozcieńczonej.

Achard i Bensande zbadali krew 30 osobników dorosłych na zawartość aglutynin cholerycznych: wyniki otrzymali ujemne, gdyż tylko u 2 chorych na moczniсę był zarys odczynu. Grunbaum widział aglutynacyę choleryczną u położnicy przy rozcieńczeniu surowicy 8. Pfeiffer i Kolle otrzymali aglutynacyę przecinków cholerycznych z surowicą prawidłową przy rozcieńczeniu 20.

Daleko częściej były notowane we krwi pozornie prawidłowej aglutyniny gruźlicze: Arloing i Courmont u 171 osobników bez przeszłości gruźliczej i bez klinicznych objawów gruźlicy znaleźli swoiste aglutyniny 56 razy. Ascoli i de Gregorio w analogicznych warunkach na 13 poszukiwań otrzymali aglutynacyę 3 razy. Koch u 30-tu ludzi pozornie zdrowych widział odczyn 5 razy przy rozcieńczeniu surowicy 25 i jeden raz przy rozcieńczeniu 50. Iwanow na 17 poszukiwań miał aglutynacyę w 10 przypadkach. Carrière w 30 badaniach miał dodatnie wyniki 17 razy. Romberg na 102 badania miał odczyn 64 razy z czystą surowicą, 37 razy przy rozcieńczeniu 5, 18 razy przy rozcieńczeniu 10, jeden raz przy rozcieńczeniach 15, 20 i 30.

Technika aglutynacyi gruźliczej u różnych badaczy była niejednakowa; można jednak przyjąć za wniosek, że około 40% osobników, nie przedstawiających klinicznych cech gruźliczych, posiada surowicę aglutynującą prątki gruźlicze.

Jako ostateczny wniosek z tych zestawień wypada, że tylko aglutyniny okrężnicowe stanowią stały składnik surowicy ludzkiej, wszystkie zaś inne pojawiają się w niej tylko czasowo, jako składniki niestałe. Z przyczyn, wywołujących powstawanie aglutynin we krwi, zakażenie jest najczęstszą, lecz nie wyłączną. Istnieje mnóstwo spostrzeżeń, zarówno klinicznych, jak i doświadczalnych, dowodzących możliwości przejścia aglutynin swoistych z krwi macierzystej do krwi płodowej bez zakażenia płodu. Ilość aglutynin w krwi noworodka zależy od natężenia odczynu u matki. Odczyn nie bywa długotrwałym: nie przechodzi zwykle 4—8 tygodni.

Ponieważ aglutyniny opierają się działaniu fermentów trawiennych, teoretycznie przeto można uzasadnić fakt, że karmienie dzieci mlekiem, zawierającem aglutyniny, może wywoływać w ich krwi zdolności aglutynacyjne. Griffon i Landouzy przytaczają następujące spostrzeżenie: matka w trzy miesiące po porodzie zachorowała na dur, dziecko karmione piersią pozostało zupełnie zdrowe, lecz surowica jego dawała wyraźną próbę Widala. Castaigne również opisuje przypadek, gdzie surowica dziecka przez karmienie mlekiem zyskała własności aglutynowania. Aglutyniny znikły po zaprzestaniu karmienia dziecka piersią.

Na wzmiankę zasługują bardzo ciekawe prace Fraenkla i Otto, a także Metalnikowa. Badacze ci, karmiąc szczenięta hodowlą laseczników durowych, wywoływali w ich surowicy powstawanie nie istniejących przedtem aglutynin durowych. Metalnikow zaś konstatował u zwierząt pojawianie się w krwi swoistych hemaglutynin pod wpływem karmienia krwią. Fakty te dowodzą, że niszczenie pierwiastków morfotycznych i bakteryj w przewodzie pokarmowym może wywoływać w krwi powstawanie odpowiednich fermentów aglutynujących. Gdyby większa ilość spostrzeżeń udowodniła i nadała cechę stałości wnioskom tych badaczy, wiele ciemnych stron aglutynacyi zyskałoby należyte oświetlenie. Obecnie nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że tą drogą wytwarzają się aglutyniny okrężnicowe. Fagocyty, przyjmujące czynną rolę w trawieniu, niszczą w znacznej ilości laseczniki okrężnicowe, wegetujące — jak wiadomo — stale w przewodzie pokarmowym. Rozpad zaś protoplazmy ciał drobnoustrojowych wywołuje wyzwalanie się swoistych fermentów bakteryjnych.

Trudniej jest objaśnić sprawę powstawania aglutynin durowych, cholerycznych, pneumokokowych we krwi osobników bez poprzedniego zakażenia. Istnieją wprawdzie spostrzeżenia, że laseczniki durowe i przecinki choleryczne mogą wegetować w przewodzie pokarmowym ludzkim, nie wywołując wcale zmian chorobowych; — dwoinki zaś należą do stałej flory jamy ustnej i ztąd mogą się dostawać do przewodu pokarmowego: fakty te jednak nie tłómaczą dostatecznie sporadycznego powstawania aglutynin swoistych u osobników prawidłowych. Brak ściślejszych wiadomości w tej mierze musimy jeszcze ukrywać jak dawniej po za etykietą tak zwanych wpływów indywidualnych.

Inaczej rzecz się ma z aglutyninami gruźliczemi: z dużą dozą prawdopodobieństwa przypuścić możemy, że ich powstawanie stoi w związku z rozwojem ognisk gruźliczych utajonych. Poszukiwania Romberga nad aglutynacyą gruźliczą, oświetlone wynikami pracy Naegeliego nad częstością zmian gruźliczych przy oględzinach pośmiertnych, dają w tej mierze bardzo przekonywujące wskazówki.

Wnioski, dające się wyprowadzić z pracy obecnej, można streścić w następujących słowach:

Do badania aglutynacyi zarówno fizyologicznej, jak patologicznej winny być używane hodowle drobnoustrojowe, trzymane przez długi czas na pożywkach sztucznych: w tych warunkach swoistość indywidualna schodzi do *minimum*, wzrasta zaś i jaśniej występuje swoistość gatunkowa.

Dla określenia aglutynin we krwi prawidłowej powinny być przeprowadzone poszukiwania zarówno nad krwią dorosłych, jak i noworodków. Tylko zestawienie tych dwóch wyników może dać dokładne pojęcie o aglutyninach fizyologicznych.

Aglutyniny okrężnicowe stanowią prawidłowy składnik surowicy ludzkiej.

Aglutyniny durowe spotykają się w przybliżeniu w 9% krwi noworodków; aglutyniny te mogą być wykryte tylko w surowicy nierozcieńczonej. Ilość aglutynin wzrasta w surowicy dorosłych, stopień zaś aglutynacyi określa się roz-

cieńczeniami 10—50. Około 6,5% dorosłych posiada surowicę czynną.

Aglutyniny choleryczne spotykają się w ilości minimalnej w surowicy płodowej (8%). U osobników dorosłych sporadyczna aglutynacya była notowana nawet z surowicą rozcieńczoną.

Aglutyniny pneumokokowe nie spotykają się w prawidłowej surowicy dziecięcej; u niektórych dorosłych mogą być wykryte w ilości nieznacznej (przy hodowaniu dwoinek w surowicy nierozcieńczonej).

Aglutyniny gruźlicze nie istniejące we krwi płodowej spotykają się u 40% osobników dorosłych, będąc prawdopodobnie wyrazem rozwoju sprawy gruźliczej utajonej.

Za miły obowiązek uważam złożenie podziękowania panu Danyszowi, w którego pracowni w Instytucie Pasteura bakteryologiczną część pracy niniejszej wykonałem, i panu Couvelaire, szefowi kliniki położniczej profesora Pinarda, który mi pozwolił uprzejmie korzystać z materyału klinicznego.

Piśmiennictwo. Kolle: Zur Serodiagnostik des Abdominaltyphus. (Deutsche med. Woch. 1897). Gruber: Beitrag zur Serumdiagnostik des Typhus abdominalis. (Münch. med Woch. 1897). Kühnau: Ueber die Bedeutung der Serodiagnostik beim Abdominaltyphus. (Berl klin. Woch. 1897) Achard et Bensande: Sur l'agglutination des divers échantillons du bacille d'Eberth. (Soc. de biol. 21/XI, 1896). Widal et Sicard: Etude sur le sérodiagnostic et sur la réaction agglutinante chez les typhiques. (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1897). Stern: Ueber Fehlerquellen der Serodiagnostik (Berl. kl. Woch 1897). Fraenkel. Weitere Erfahrungen über den Werth der Widal'schen Probe. (Deutsche med. Woch. 1897). Van-de-Velde: Bullet. de l'académie royale de médecine de Belgique. (27/III, 1897). Smith: Zur Kentniss der Colibacillen des Säulingsstuhles. (Centralbl. für Bakter. 1897). Achard: Cytowany w pracy Bensande: Le phénomène de l'agglutination des microbes, str. 196. Van-de-Velde: Essai d'agglutination vis-à-vis de 25 variétés de coli-bacilles authentiques pur du sérum antityphique, du sérum anticolique et du sérum normal. (Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique 1897). Koehler und Scheffler: Die Agglutination von Fäkalbakterien bei Typhus abdominalis durch das Blutserum (Münch. med. Woch. 1900). Pfaundler: Zur Serodiagnostik im Kindesalter. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1899). Rothberger: Ueber Agglutination des Bacterium Coli. (Zeitschr. für Hyg. 1900). Jatta: Experimentelle Untersuchungen über die Agglutination des Typhusbacillus und der Mikroorganismen der Coligruppe. (Zeitschr. für Hyg. 1900). Radzievsky: Beitrag zur Kenntniss des Bacterium Coli. (Zeitschr. für Hyg. 1900). Bezançon et Griffon: Étude de la réaction agglutinante du sérum dans les infections expérimentales humaines à pneumocoques. (Annales de l'inst Pasteur 1900). Daddi e Pesci: L'agglutinazione del diplococco. (Rivista crit. di clinica med. 1901). Laudi e Cionini: (XI kongres medycyny włoskiej 27—31/X, 1901). Lannelongue et Achard: Sur les infections provoquées par les bacilles du groupe Proteus et sur les propriétés agglutinantes du sérum dans ces infections. (Comptes rendus des séances de l'Acad. des Sciences 5/X. 1896). Achard et Bensande: Niewydane prace cytowane w książce Bensande'a, str. 211. Van-de-Velde: ibidem, str. 213. Achard et Bensande: Sérodiagnostic du Choléra. (Soc. méd. des hôp. 23/IV, 1897). Nicolas: Sur la constance de l'aptitude ou de l'inaptitude de certains échantillons du bacille de Loeffler à se laisser agglutiner par divers sérums antidiphtériques (Soc. de biol. 29/X, 1898). Rehns: L'agglutinabilité du bacille typhique, mesure de son pouvoir agglutinogène. (Soc. de biol. 21/XII, 1901). Rodet: Sur l'agglutination du bacille Coli et du bacille d'Eberth par le sérum des animaux immunisés. (Journal de physiol. et de path. gén. 1899 i 1900) Sacquépée: Variabilité de l'aptitude agglutinative du bacille d'Eberth (Ann. de l'inst. Past. 1901). Beil: Untersuchungen über die Agglutination von Typhusbakterien. (Prag. med. Woch 1901). Nicolas: Note sur l'acquisition de l'agglutinabilité du bacille de Loeffler primitivement non agglutinable. (Soc. de biol. 1900). Arloing et Courmont: Le sérodiagnostic de la tuberculose. (Gaz. des hôp. 1900). Casagrandi: (Soc. Lancis. seduta 11/I. 1902). Buard: Séro-réaction tuberculeuse. Culture du bacille agglutinable. Étude speciale chez l'enfant Thèse de Bordeaux, 1900. Romberg: Weitere Mittheilungen zur Serumdiagnose der Tuberkulose. (Münch. med. Woch. 1902). Gershel: The value of the Widal reaction in the diagnosis of typhoid fever in Children. (Medical Record. 1901). Stewart: Statistical Sommary of results obtained in the laboratory of the Board of Health of Philadelphia in the application of the blood-reaction for the diagnosis of typhoid fever. Philadelphia. 1897). Elsberg: The serum diagnosis of typhoid fever. (Medical Record. 1897) Courmont: Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (La Semaine méd. 1897) Rochette: Le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde et dans l'embarras gastrique. (Thèse de Lyon, 1901). Sklower: Beiträge zur Serodiagnostik des Typhus abdominalis. (Dissert. inaug. Leipzig, 1897). Ziemke: Zur Serumdiagnose des Typhus abdominalis. (Deutsche med. Woch. 1897). Mc Crae: Notes of three hundred aglutination tests tried with Bac. coli communis. (Montreal med Journal, 1900). Grunbaum: On the agglutinative action of human serum in its relation to the serodiagnosis of enteric fever. (The Lancet, 1896). Pfeiffer und Kolle: Weitere Untersuchungen über die spezifische Immunitätsreaction der Choleravibrionen im Thierkörper und Reagensglase. (Centralblatt für Bakt. 1896). Ascoli e de Gregorio: L'agglutinazione dei bacilli tubercolari (Il Policlinico, 1902) Koch: Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung dieser Agglutination. (Deutsche med. Woch. 1901). Iwanow: O sierodjagnozie tubierkuloza. (Mediciskoje Obozr. 1901). Carrière: Le séro-diagnostic de la tuberculose. (Soc. de biol 6/VII, 1901). Griffon et Landouzy, Castaigne: Transmission par l'allaitement du pouvoir agglutinant. (Soc de biol. 5/XI, 1897). Fraenkel und Otto: Experimenteller Beitrag zur Lehre von der Agglutationswirkung des Typhusserums. (Münch. med. Woch. 1897. Metalnikoff: (Centralbl. für Bakt. 1901). Nägeli: Ueber Häufigkeit, Lokalisation und Ausheilung der Tuberkulose nach 500 Sektionen des Züricherischen pathologischen Institutes. (Virchows Archiv, 1900).

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do leczenia krwawnic (hemoroidów).

Podał

Dr. E. Liebermann

elew kliniki chirurgicznej.

Do rzędu sposobów leczenia krwawnic bez operacyi, dziś jeszcze niekiedy stosowanych, zaliczyć należy leczenie środkami zewnętrznie stosowanymi, czy to w formie różnego rodzaju okładów, czy też wstrzykiwań rozmaitych przetworów do samych guzów krwawnicowych.

Najłagodniejsze sposoby podają Preissmann i Parvin. Pierwszy z nich usuwał guzy krwawnicowe okładami z roztworu, zawierającego jod i jodek potasu, wedle następującego wzoru:

Jodi puri 0,20, Kalii jodati 2,00, Glycerini 35,00.

Parvin stosuje wewnętrznie *sol. arsenic. Fowleri,* nie wykonując miejscowo żadnego rękoczynu i przytacza przypadek, w którym mimo kilkakrotnej operacyi guzy znów się pojawiły i dopiero wspomniany przetwór arsenikalny doszczętnie je usunął. Lausing leczy krwawnice czopkami z ergotyny, wprowadzanymi do odbytnicy. Większą radykalnością odznaczają się metody Happela, Edwardsa, Langego, Rouxa i innych, którzy wstrzykiwali do wnętrza guzów kwas karbolowy w rozmaitych zgęszczeniach i dawkach. Inni wreszcie, stosują roztwór jodoformu w eterze. Walker i Reclus sądzą, że w większości przypadków wystarcza silne rozszerzenie odbytnicy, bądź palcami, bądź też przez powolne wprowadzanie do odbytnicy coraz to szerszych wzierników. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że każdy z tych chirurgów miał dobre wyniki, to pomimo to dla wydania ostatecznej opinii o ich sposobie za mało mamy dotychczas spostrzeżeń, ogłoszonych w piśmiennictwie tego przedmiotu.

Dziś znaczna większość chirurgów leczy krwawnice bardziej radykalnie, pomimo że takie leczenie zmusza chorego do leżenia w łóżku i do mniej lub więcej długotrwałej przerwy w swych zajęciach. Lane i Gowland stosują przeważnie podwiązki, zakładane na podstawę guzów i powołują się na statystykę 854 przypadków, leczonych w ten sposób, z których tylko 3 umarło na tężec.(?!!) Allingham zebrał z statystyki jednego szpitala 3213 przypadków, leczonych podwiązkami, z których 5 umarło na tężec. (?!!) Wiel-

kim zwolennikiem leczenia krwawnic podwiązkami był swego czasu też i Esmarch. Syme utrzymuje, że metoda ta daje zawsze dobre wyniki, jeżeli tylko podwiązkę założoną na podstawę guza zaciśnie się tak mocno, że wszelka łączność soków z resztą ustroju zupełnie odciętą zostanie. Dittel zakładał podwiązkę elastyczną. Zuckerkandl uważa tę metodę za najlepszy sposób leczenia krwawnic. Sklifosowski operuje krwawnice wewnętrzne przez okłówanie; zewnętrznych zaś nie rusza wcale, lub wyjątkowo je wypala. Houston niszczy guzy krwawicowe działając bezpośrednio na nie kwasem azotowym; metodę tę stosował niejednokrotnie i Billroth. Laroyenne używał zamiast kwasu azotowego chlorku cynkowego. Usuwanie guzów krwawnicowych odgniataczem (ecraseur) stosowało bardzo nie wielu chirurgów, lecz z powodu wielkiego niebezpieczeństwa krwotoku sposobu tego już zupełnie zaniechano.

Obecnie przeciw guzom krwawicowym stosują chirurdzy przeważnie albo wypalanie sposobem podanym przez Langenbecka, dawniej za pomocą rozpalonego żelaza, a dziś żegadłem Paquelina, lub też wycinanie, jak to niezależnie od siebie zalecali je Whitehead, Lange, Sendler, Mikulicz (Reinbach) i inni.

Niektórzy jednak krwanice leczą i dziś jeszcze podwiązkami, względnie okłówaniem (Riedel, Garre, Madelung, Ehrlich i inni).

Metoda Langenbecka daje bezwarunkowo dobre wyniki. Już H. Smith powołuje się na statystykę 530 przypadków operowanych tym sposobem, z pośród których tylko w niewielu przypadkach nastąpił krwotok i tylko 2 chorych umarło, jeden na zapalenie płuc, drugi z powodu zapalenia otrzewnej. Z późniejszych prac wspomnę publikacye prof. Trzebickyego, Steina i ostatnią ze znanych mi, t. j. pracę Talka z kliniki prof. Garrego w Królewcu; autorowie ci przemawiają na korzyść metody Langenbecka. Talke zaleca ten sposób, pomimo, że w czterech przypadkach miał bardzo silne krwotoki. Ostatni ten autor dochodzi w porównawczem zestawieniu metod wycinania i przypalania do wniosku, że metoda Langenbecka w niczem, ani co do radykalności, ani co do wyniku ostatecznego, nie ustępuje wszystkim innym metodom operacyjnym i w ręku mniej doświadczonego chirurga jest bezpieczniejszą i prędzej do celu prowadzi, niż metoda Whiteheada.

Jakąkolwiek bądź metodę operacyjną zastosowalibyśmy przy leczeniu operacyjnem krwawnic, zawsze pamiętać należy o tem, że każda z nich połączoną jest z niebezpieczeństwem krwotoku poniekąd już w czasie operacyi, zwłaszcza jednak później, w okresie pooperacyjnym; dalej z niebezpieczeństwem zakażenia, powstania zapalenia żył, ropówki, zakrzepów, zatorów i zawałów. Nie mniej miarodajnem przy wyborze metod operacyjnych jest i to, która z nich daje lepsze wyniki ostateczne i która w czasie leczenia najmniejsze sprawia choremu dolegliwości, a wreszcie, która z nich najprędzej prowadzi do celu.

Ze stanowiska powyższych warunków i nowoczesnej chirurgii musimy przyznać wyższość sposobowi Whiteheada.

Usuwanie jakichkolwiekbądź części z ustroju przez wypalanie za pomocą rozpalonego żelaza, stosowanego chociażby nawet w formie żegadła Paquelina, czy pętli galwanokaustycznej, należy dzisiaj do przeszłości. Tylko w wyjątkowych przypadkach stosujemy ten sposób postępowania, a wszędzie tam, gdzie tylko można, zastępujemy go nożem lub nożyczkami. Postępujemy tak dlatego, że w ten sposób łatwiej dochodzimy do celu, nie zacieramy anatomicznych stosunków, daleko łatwiej spostrzegamy i ujmujemy broczące naczynia, a w przypadkach, gdzie brzegi rany możemy zeszyć, osiągamy rychłozrost, względnie daleko prędsze zabliźnienie. Blizna jest zawsze mniejszą, a niebezpieczeństwo zakażenia również daleko mniejsze.

Podnoszona dawniej zaleta, że strup powstały pod wpływem wysokiej ciepłoty chroni od zakażenia, nie może być uwzględnianą, wiemy bowiemy dzisiaj, że pod takim strupem zawsze się gnieżdżą i rozwijają drobnoustroje.

Nożem i nożyczkami operować możemy daleko doszczętniej przy wycinaniu guzów krwawnicowych, zaoszczędzając równocześnie daleko więcej skóry i błony śluzowej, niż przy metodzie Langenbecka. Co się tyczy zabezpieczenia się przed krwotokiem, to metoda Whiteheada również chroni nas bardziej, niż metoda Langenbecka. W razie potrzeby możemy bowiem podwiązać lub okłóć każde broczące naczynie. Okres gojenia się trwa po wycięciu krwawnic daleko króciej, niż po wypaleniu.

Jak sam Talke we wzmiankowanej pracy utrzymuje, muszą chorzy operowani metodą Langenbecka leżeć nieraz ze cztery tygodnie, natomiast chorzy, u których krwawnice wycięto, powracają do zdrowia znacznie prędzej (10—12 dni). Blizny po wycięciu są daleko mniejsze i miększe; niebezpieczeństwo następowego zwężenia odbytnicy jest również mniejsze, niż przy sposobie Langenbecka. Wreszcie uwzględnić musimy i to, że chorzy operowani sposobem Whileheada mniej doznają bolów w czasie pooperacyjnym, niż po wypaleniu guzów.

Jak już poprzednio wspomniałem, nożem, względnie nożyczkami, możemy chore części usuwać daleko doszczętniej, niż rozpalonem żelazem. Przeciąwszy bowiem i odpreparowawszy błonę śluzową i skórę, dostrzegamy z łatwością żylaki i możemy je wycinać, zagłębiając się mniej lub więcej bez uszkodzenia otaczających tkanek, jak to przy metodzie Langenbecka ma miejsce.

Niektórzy łączą sposoby wycinania, wypalania i podwiązywania w ten sposób, że po ujęciu guza w kleszczyki nacinają błonę śluzową, względnie skórę, u ich podstawy, zakładają na ich szypułę podwiązkę i dopiero wówczas wypalają guz; inni nakładają podwiązkę bez poprzedniego nacięcia, przekłówając niekiedy szypułę u podstawy i przeprowadzając tamtędy nitkę dla tem pewniejszego zaciśnięcia szypuły. Sposoby te zdaniem naszem nie przedstawiają żadnych miarodajnych korzyści.

W klinice krakowskiej stosowaliśmy od czasu objęcia jej kierownictwa przez prof. Kadera wyłącznie metodę Whiteheada przeważnie z modyfikacyą Mikulicza tak, jak ją Reinbach opisał. Staraliśmy się zawsze możliwie dużo zaoszczędzić błony śluzowej, aczkolwiek ta ostatnia w odbytnicy jest zawsze w nadmiarze i jest bardzo podatną; ze skóry zaś wycinaliśmy zawsze tylko części przerosłe, i sterczące w kształcie fałdów i brodawczaków, względnie usuwaliśmy skórę, pokrywającą bardziej wypukłe guzy zewnętrzne. Jest to najlepszy sposób zapobiegania powstaniu następowego zwężenia. Chodzi tu głównie o jak największe

oszczędzanie skóry i bezpośredniego jej przejścia w błonę śluzową. Tylko w nielicznych przypadkach guzów uwięzłych i owrzodziałych byliśmy zmuszeni wycinać większe kawałki skóry i błony śluzowej.

Do operacyi przygotowujemy chorego w ten sposób, że przez 2—3 dni przed operacyą chory dostaje silny środek przeczyszczający i jest utrzymywany na ścisłej dyecie; wieczorem w przeddzień operacyi i na kilka godzin przed operacyą dostaje on 20 kropli nastoju makowca. Przed operacyą goli się dokładnie całą okolicę i wymywa wodą jałową i mydłem, następnie eterem i sublimatem (1:2.000). Przez przykrycie kawałkami gazy otworu stolcowego unika się zetknięcia się eteru z błoną śluzową. Wprawdzie o wyjałowieniu tej okolicy, t. j. usunięciu z niej wszelkich bakteryi, jak to już z samej natury rzeczy wynika i mowy być nie może, to jednak przez to dokładne wymycie usuwa się całą masę bakteryi, któreby przy dalszem leczeniu przeszkadzać mogły. Operujemy zawsze w ułożeniu bocznem z silnie zgiętemi i do góry podciągniętemi nogami, tak jak to Reinbach opisał, a nie na wznak, a to dlatego, że przy pierwszem z wymienionych ułożeń odpada potrzeba trzymania kończyn przez osobnych pomocników.

Znieczulaliśmy tropakokainą (0,06) sposobem Biera; chloroform przy tej operacyi stosowaliśmy tylko wyjątkowo.

Operacyę zaczynaliśmy od dolnej połowy i przechodziliśmy następnie ku górze, a to w tym celu, by spływająca krew nie zalewała nam pola operacyjnego. W czasie operacyi staraliśmy się możliwie mało wycierać pole operacyjne; krew spłókiwaliśmy zimną wodą, tamując przez to częściowo i krwotok. Tylko wyjątkowo podwiązywaliśmy większe naczynia osobną podwiązką; w zasadzie staraliśmy się ująć szwem naczynia krwawiące. Stosowaliśmy zawsze szew węzełkowy. Pojedyncze szwy zakładaliśmy zwykle daleko jeden od drugiego, chcąc w ten sposób zapobiedz podskórnym, względnie podśluzowym wysiękom i zgorzeli brzegów błony śluzowej. Przez pozostawione szczeliny mogła się nagromadzona krew miąższowa na zewnątrz wylewać. Przy operacyi używaliśmy zwykle katgutu, co uwalniało nas od wyjmowania nitek. Guzów krwawnicowych w okresie zapalnym nie operowaliśmy nigdy; leczyliśmy najpierw zapalenie okładami z $^1/_2$% Na_2CO_3, a dopiero po ustąpieniu zapalenia przystępowaliśmy do operacyi. W przypadkach ropówki (flegmony) nacinaliśmy ją na kilka dni przed operacyą krwawnic. Przy przetokach i rozpadlinach dołączaliśmy do przecięcia zdziergacza wytamponowanie jamy. Przetoki przecinaliśmy typowo w całej długości lub też wycinaliśmy je w całości.

W ogólności, operując sposobem Whiteheada, należy ściśle trzymać się wskazania i wycinać tylko to, co bezwzględnie wyciętem być musi. Weir idzie więc za daleko, usuwając cały dolny odcinek odbytnicy.

Do rzędu bardzo niemiłych objawów, występujących po operacyi krwawnic, należą prawie zawsze zjawiające się kurczowe bole. Zjawiają się one już w parę godzin po operacyi, a trwają niekiedy dłużej nad dobę, czasami nawet i dwie doby. Celem ich uniknięcia prof. Kader stosował zawsze w ostatniem półroczu rozcięcie zdziergacza w tylnem spoidle. Zabieg ten zapobiegał bardzo dobrze tym bolom, możemy więc w tym względzie w zupełności potwierdzić twierdzenie Trinklera. Wszyscy bowiem chorzy w ten sposób operowani nie uczuwali żadnych bolów pooperacyjnych. Tylko jeden z nich uskarżał się na piekący ból w miejscu operacyi, ale cierpienie to było znośne i nie odznaczało się tym tak przykrym i dolegliwym skurczem, na jaki uskarżała się większa część chorych, operowanych bez przecięcia zdziergacza. Przecięcie to możemy bardzo gorąco polecić. Usuwa ono stanowczo bole i zapobiega późniejszemu powstaniu zwężenia. Sprawność samego mięśnia nie ucierpiała bynajmniej u żadnego z naszych chorych.

Guzy wewnętrzne wydobywaliśmy, wprowadzając do odbytnicy imadłem (kornzangą) na mniej więcej $^1/_3$ m. długi, w kilkoro złożony pas wyjałowionej gazy. Przy wyciąganiu gazy wydobywały się równocześnie na zewnątrz i guzy, które ujmowano szczypczykami i pociągano nieco ku dołowi, a wydostawszy w ten sposób cały pas chorej błony śluzowej za zewnątrz, wycinano go w wyżej podany sposób. Po operacyi pokrywaliśmy brzegi rany niewielkim kawałkiem gazy wyjałowionej, a na całe pole operacyjne kładliśmy aseptyczny opatrunek, przymocowany przylepcem. Opatrunek ten zmieniano dopiero po kilku dniach, a to w tym celu, by usunąć wydzieliny, które tam czasami bądź to z odbytnicy, bądź też z potu się gromadzą. Niekiedy musieliśmy zmienić opatrunek dlatego, że się rozluźnił. W nielicznych tylko przypadkach odstępowaliśmy od tego sposobu opatrywania i wstawialiśmy do odbytnicy rurkę gumową średniej grubości i wyprowadzaliśmy ją na zewnątrz po za opatrunek. Przez rurkę wydobywało się zawsze na zewnątrz trochę wydzieliny, oraz gazy, nie stykając się wcale z raną. Choremu pozwalamy leżeć po operacyi w ułożeniu dla niego najdogodniejszem, na boku lub na wznak.

Przez pierwsze sześć dni dostawali dorośli chorzy co dwie godziny po 10 kropel nastoju makowca, lecz nigdy więcej nad 70 kropel w ciągu jednego dnia. Niektórzy chorzy w razie potrzeby otrzymywali jeszcze w nocy jednorazowo 20 kropli tego leku. Począwszy od siódmego dnia ilość podawanego makowca zmniejszano powoli tak, że dziesiątego dnia zażywali chorzy już tylko mniej więcej 45 kropel dziennie. Od dziesiątego dnia począwszy nie podawano już makowca. Dyeta przez cały czas była możliwie ścisłą. Przez pierwszych 6—7 dni podawano chorym tylko płyny, a więc mleko, rosół, bulion, kawę, herbatę, kakao w mniejszych ilościach, a dla ugaszenia pragnienia wodę. Do tego podawano osmego dnia jaja na miękko, szynkę gotowaną czasem mały kawałek bułki.

W trzech przypadkach stolec odszedł jeszcze przed upływem trzech dni, nie wpłynęło to jednak wcale na przebieg choroby. Z wywołaniem stolca nie spieszyliśmy się wcale: owszem, byliśmy zawsze zadowoleni, jeżeli pierwsze wypróżnienie nastąpiło dopiero po dziewięciu dniach, a to dlatego, że zabliźnianie się rany było tem pewniejszem, im dłuższy czas udawało się nam stolec zatrzymać. Dziesiątego dnia chorzy opuszczali łóżko, chociażby stolca jeszcze nie było. By go wywołać, stosowaliśmy lewatywy; gdy jednak stolec samoistnie nie pojawił się, dostawali chorzy celem uniknięcia zbitości kału, małe dawki środka przeczyszczającego. Pierwszy, a niekiedy jeszcze i drugi stolec po operacyi bywał zazwyczaj bolesny, czasami z niewielką ilością krwi zmieszany, następne zaś oddawali już chorzy bez żadnych dolegliwości. Po oddaniu pierwszego stolca nie zakładaliśmy już choremu żadnego opatrunku. Po każdym stolcu

brał chory kąpiel nasiadową, a ranę pomazywaliśmy $^1/_2$% maścią kseroformową. Kąpiele takie działają bardzo kojąco na ból i dlatego chorym, bardzo wrażliwym, polecaliśmy oddawać stolec w kąpieli na 30° R.

Co do urynowania, to u wszystkich prawie naszych chorych trwało przez pierwsze trzy dni zatrzymanie moczu, dlatego musiano ich cewnikować.

Zazwyczaj na jedenasty, najdalej na dwunasty dzień po operacyi chorzy opuszczali klinikę.

W dwóch ostatnich latach operowaliśmy 37 przypadków krwawnic, z tych 36 metodą Whiteheada, w trzydziestym siódmym zastosował z dobrym wynikiem Doc. Dr. Chlmusky sposób okłócia, zalecony przez Riedla.

Krwawnice są bardzo rozpowszechnione i zgłaszających się do kliniki z tem cierpieniem było wielu. Prof. Kader przyjmował jednak tylko liczbę ograniczoną, t. j. tylu, ilu tego wymagały cele dydaktyczne, lub też przypadki powikłane, jakoteż i te, w których jakieś wątpliwości rozpoznawcze zachodziły.

Na 37 chorych było 6 kobiet i 31 mężczyzn. Co do wieku, to byli to ludzie przeważnie w średnich latach. Najstarszy liczył lat 64, najmłodszy zaś 20 (niezamężna kobieta). Znaczna liczba chorych była bardzo wycieńczona wielokrotnymi krwotokami; u 5 z nich guzy były uwięzłe i zaognione; w 6 przypadkach było powikłanie z ropówką i przetokami, a 3 chorych miało rozpadliny rzyci. Tak wysoki odsetek powikłań tłómaczy się tą okolicznością, że prof. Kader przy przyjmowaniu chorych na krwawnice kierował się tylko względami dydaktycznymi.

U chorych, operowanych przez wycięcie, mieliśmy 3 razy powikłania. Raz wystąpił w kilkanaście godzin po operacyi silny krwotok tętniczy skutkiem rozluźnienia się jednego szwu; u dwóch innych chorych powstały małe ropówki, które się samoistnie wygoiły. W obydwu tych przypadkach szwy były zanadto gęsto nałożone.

Wszystkie przypadki, nie wykluczając tych trzech, zakończyły się zupełnem wyzdrowieniem.

Tylko u czterech chorych nie osiągnęliśmy rychłozrostu, t. j. w wyżej wymienionych przypadkach ropówki i krwotoku. Czwarty dotyczył chorej, u której jeden szew przeciął błonę śluzową i brzegi rany się rozstąpiły. Ale i w tych przypadkach wygojenie się nastąpiło bardzo szybko, daleko szybciej niż po wypaleniu.

Usposobienie dziedziczne mogliśmy wykazać u 2 chorych, których rodzice i liczne rodzeństwo cierpiało, lub cierpi na krwawnice.

W znacznej liczbie przypadków powstanie krwawnic poprzedzało wieloletnie nawykowe zaparcie stolca; niektórzy natomiast chorzy podali, że cierpieli na często powtarzające się i długotrwałe biegunki. Wszyscy byli bardzo znękani długotrwałemi biegunkami.

U jednego chorego i u jednej chorej (operowanej metodą Riedla) powstało skutkiem odprowadzenia moczu cewnikiem zapalenie błony śluzowej pęcherza; przy stosownem leczeniu ustąpiło ono w parę dni. Wszyscy chorzy opuścili klinikę zupełnie zadowoleni.

W celu dowiedzenia się o wynikach leczenia zwróciłem się do wszystkich chorych z zapytaniem o obecny stan zdrowia. Otrzymałem odpowiedź od 14 chorych, z których 11 uważa się za zupełnie zdrowych i na nic się nie uskarża. Dwóch tylko chorych wyraziło swoje niezadowolenie z obecnego stanu. Jeden z nich podaje, iż ma uczucie, jakoby otwór stolcowy był znacznie węższym, niż dawniej (8 mies. po operacyi), a drugi, że odnowiły się dawniejsze cierpienia, t. j. powtarzające się od czasu do czasu niewielkie krwotoki w czasie oddawania stolca. Z odpowiedzi trzeciego chorego, nauczyciela ludowego, nie można nic pewnego wywnioskować. Jestto neurastenik, który podał nam do uwzględnienia i zastosowania się do niej swoją własną teoryę „choroby hemoroidalnej i hemoroidów“, w której wyłuszcza, że krwawnice są wynikiem zbytniego działania siły ciężkości na soki ustroju. Czuje się on jednak znacznie zdrowszym, niż przed operacyą; krwotoków nie ma.

Na wtórne pojawienie się guzów nie skarżył się żaden chory.

Riedel i Ehrlich, ten ostatni na podstawie materyału Madelunga, Garrego i Müllera, dochodzą do przekonania, że w przeważnej liczbie przypadków można doprowadzić guzy krwawnicowe do zaniku i usunąć dolegliwości przez nie spowodowane sposobem znacznie łagodniejszym, niż wycinanie lub wypalanie

Riedel okłówa guzy w ten sposób, że wprowadza igłę z grubą nitką powyżej górnej ich granicy, przechodzi przez podstawę guza i wewnętrzną blaszkę zwieracza rzyci i wykłówa na granicy skóry i błony śluzowej. W ten sposób zakłada się co $^3/_4$ ctm. szew około rzyci i zaciąga się go mocno. Riedel operował w ten sposób 32 chorych z zupełnie zadawalniającym wynikiem. Ehrlich w pracy swojej, wyszłej z kliniki prof. Müllera w Rostocku, opierając się na 100 przypadkach Madelunga i Garrego, w których w 91 przypadkach stosowano podwiązkę, przychodzi do przeświadczenia, na mocy którego poleca leczenie guzów wewnętrznych podwiązkami, zakładanemi w jakikolwiek bądź sposób. Przy równoczesnem istnieniu guzów na wewnątrz i na zewnątrz, których nie mógł leczyć podwiązką, stosował prof. Garre w 16 przypadkach wstrzykiwanie 1—2 kropli 90% roztworu kwasu karbolowego w glicerynie. W 14 przypadkach obok podwiązki stosował częściowe wycięcie, w 3 ograniczył się tylko do wstrzykiwań, a w 6 operował metodą Whiteheada.

Ostateczne wyniki były bardzo dobre. Oprócz 2 przypadków, które skończyły się śmiertelnie, jeden z powodu zapalenia płuc, drugi z powodu róży (wyłącznie podwiązki), wszyscy inni chorzy opuścili klinikę uleczeni. Z 58 przypadków, leczonych tamże wyłącznie podwiązaniem, odpowiedziało na zapytanie o ostateczny wynik 46 pacyentów, z których 40 uważało się za zupełnie uleczonych.

Do rzędu korzyści, przemawiających za leczeniem krwawnic przez podwiązanie i okłówanie, przemawia przedewszystkiem krótkotrwałość zabiegu, brak krwotoku i krótki czas leczenia pooperacyjnego. O ile się jednak zdaje, nie nadaje się ta metoda do wszystkich przypadków. Pewniejszem bezwarunkowo jest doszczętne usunięcie guzów tym lub innym sposobem, zwłaszcza jeżeli się uwzględni, że krwawnice są według wszelkiego prawdopodobieństwa naczyniakami (Reinbach) *).

* W roku 1901 opublikowano 2 prace, których autorowie na podstawie badań histologicznych przychodzą do wniosków wręcz przeciwnych. Remington potwierdza wyniki badań Reinbacha, ale pomimo to ogranicza się w leczeniu krwawnic tylko do nadcinania gu-

Nasza statystyka jest zbyt małą, by na jej podstawie wydać sąd ostateczny o metodzie leczniczej. W zasadzie jednak potwierdza ona wyniki otrzymane przez wszystkich autorów, leczących krwawnice zapomocą wycięcia i pozwala nam polecić ten sposób postępowania jak najgoręcej. Metoda ta stanowczo nie jest trudniejszą od metody Langenbecka, owszem, zgadzamy się zupełnie z Reinbachem, który utrzymuje, że doszczętne wycięcie guzów krwawnicowych jest zabiegiem stanowczo łatwiejszym, niż radykalne wypalenie. Statystyki, kontrolujące wyniki leczenia krwawnic sposobem Whiteheada i Langenbecka, wykazują co do ostatecznego wyniku nieznaczne tylko różnice; okoliczność ta również przemawia za sposobem Whiteheada, jako tym, który prędzej i z mniejszemi dla chorego dolegliwościami prowadzi do celu.

Bardzo godnem polecenia jest przecięcie mięśnia zwieracza rzyci. Zabieg ten usuwa bóle pooperacyjne i zapobiega wytworzeniu następowego zwężenia odbytnicy. Bardzo gorąco polecić możemy stosowane przez prof. Kadera znieczulenie lędźwiowe tropakokainą: usuwa ono wszelkie niedogodności i niebezpieczeństwa ogólnej narkozy.

Piśmiennictwo. Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie XXXI Kongress. (Centrel für Chirurg. Beilage 25 Nr. 65.). Ehrlich: Zur Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden Aus der Rostocker chir. Klin. des Prof. Müller. (Bruns Beitr zur klin. Chir. 1902 Bd. 35 Heft I.) Edwards: The treatement of piles by injection. (Brit. med. Jour. 3 Octob. 1888). Hay G. W.: The treatement of piles by the injection of carbolic mid. (Centr. f. Chir. Nr. 1. 1902.) Happel: Med. and Surgic. Rep. 1884 Nr 1438 König: Lehrbuch der speziellen Chirurgie 7. Aufl. Lansing: Philadelphia med. Times 3 Octob· 1877. Lange: Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden. Lange: Zeitschrift zur Feier des 70-ten Geburtstages v. F. Esmarch. (Centrbl. für Chirurg. 1893 Nr. 30 Pag 645). Laroyenne: Gaz. hebdom. de med. et chir 1872. Nr. 33. Parvin: New York med. Record 1886. Nr. 5. Reclus: Bul. de l'chirurgie 1892 Jul. Reinbach: Die Excision der Hämorrhoiden, Bruns Beitr. Bd 23. Riedel: Die Verödung der Haemorrhoiden durch ringförmige Umstechung. (Centrbl. für Chirurg. 1902.). Remmigton: A simple operation for the radical treatment of hemorrhoide. (Centrbl. für Chirurg Nr. 11. 1902 wr 11 i 12.). Sendler: Zur operativen Behandlung der Hämorrhoiden. Centrbl. für Chirurg. 1893. Nr. 34. Pag. 729. Smith: Lancet 1876. 17. Juli, 1878. 20. April. Ssusjetinof: Die Hämorrhoiden und ihre chirurgische Behandlung. (Centrbl. für Chirurg. Nr. 21. 1902.) Trzebicky: Wiener med. Presse 1891. Nr. 30. Weir: Remark on Whiteheads operation for haemorrhoides. (New. York med. Record.).

III. Z zakładu Anatomii patologicznej Prof. Dra Browicza w Krakowie.

Przyczynek do poznania zmian anatomo-patologicznych w ostrej białaczce *(Lymphaemia acuta)*.

Podał

Dr. Leon Konrad Gliński.

Asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Badanie mikroskopowe kawałków, wyciętych z najrozmaitszych narządów, wykazało co następuje:

Popowiększane gruczoły chłonne okazują pod mikroskopem wejrzenie dość jednolite; tylko w niektórych z nich można jeszcze wyróżnić prawidłowe składniki gruczołu (grudki i pasma limfatyczne), przeważnie zaś posiadają one wejrzenie tkanki gruczołowej, w której nad podścieliskiem łącznotkankowem przeważają pierwiastki komórkowe, a mianowicie wogóle drobne komórki z stosunkowo dużemi jądrami i z małą ilością protoplazmy na obwodzie. Pomiędzy temi komórkami dają się wyróżnić dwa główne rodzaje: *a)* mniej liczne, bardzo drobne (wielkości krwinki czerwonej) komórki z jądrem, bardzo silnie się barwiącem, i *b)* stanowiące przeważną masę utkania gruczołowego większe (dwu- a nawet trzykrotnie przewyższające wielkość krwinki czerwonej) komórki z jądrem nieco słabiej się barwiącem; w tych ostatnich komórkach widoczne są liczne figury karyokinetyczne. Komórki pierwsze są bezładnie rozrzucone pośród drugich, miejscami tylko tworzą nieco większe skupienia i odpowiadają swem wejrzeniem komórkom, leżącym w prawidłowych gruczołach dookoła środka zarodkowego *(Keimcentrum)*, a więc limfocytom małym, podczas gdy komórki drugie odpowiadać się zdają komórkom samego środka zarodkowego, to jest limfocytom średnim i wielkim.

Badanie mikroskopowe śledziony wykazuje wcale dobrze utrzymaną jej budowę; zwraca na siebie uwagę tylko znaczna ilość i silny rozwój ciałek Malpighiego; ciałka te są od otoczenia ostro odgraniczone, przeważna ich ilość posiada centra zarodkowe. Wśród pozostałego miąższu śledziony zwraca na siebie uwagę znaczna ilość komórek całkowicie odpowiadających średnim i wielkim limfocytom.

Szpik kości długich posiada utkanie komórkowe, przyczem między komórkami bardzo znacznie przeważają limfocyty średniej wielkości, podczas gdy myelocyty i inne spotykają się w bardzo małej ilości; jednem słowem szpik przedstawia utkanie limfoidalne.

W jelitach zarówno cienkich jak i grubych badanie mikroskopowe wykazuje niezbyt zresztą znaczny rozrost grudek odosobnionych i kęp Peyera. W błonie podśluzowej spotykają się i poza kępami Peyera oraz grudkami odosobnionemi wogóle liczne średniej wielkości limfocyty, tworzące miejscami dość znaczne skupienia. Podobne skupienia znajdujemy również i pomiędzy zewnętrzną a wewnętrzną warstwą mięsną, zwłaszcza zaś w błonie podsurowiczej, gdzie miejscami limfocyty (średniej wielkości) nagromadzają się w znacznej ilości, tworząc jednostajny naciek. Jedna okoliczność zwraca przytem na siebie uwagę, a mianowicie, że w obrębie i w sąsiedztwie tych nacieków naczynia krwionośne również są wypełnione podobnymi limfocytami, podczas gdy w innych częściach w naczyniach znajdujemy ich znacznie mniej.

Nerki i wątroba pod mikroskopem przedstawiają obrazy wogóle dość często spotykane w białaczce, a mianowicie w wątrobie naczynia włosowate zarówno części obwodowych jak i środkowych zrazika są dosłownie zapchane limfocytami; tkanka międzyzrazikowa jest bardzo silnie naciekła limfocytami, miejscami zaś nacieki te wdzierają się nawet w obwodowe części zrazików. W nerkach naciek białaczkowy jest bardzo rozległy, zwłaszcza w obrębie istoty korowej, gdzie stanowi przeważającą masę utkania, podczas gdy właściwe pierwiastki nerkowe — kłębki Malpighiego i kanaliki — ustępują na drugi plan, spotykając się tylko zrzadka pośród rozległego nacieku z limfocytów (średniej wielkości)

zów. Sussjetinow z kliniki prof. Diakonowa w Moskwie sądzi na podstawie 16 mikroskopowo zbadanych przypadków, że guzy krwawnicowe nie są naczyniakami, lecz typowymi żylakami, poleca jednak ich wycięcie.

w tkance śródmiąższowej. W kierunku ku istocie rdzennej nacieki stają się mniej rozległe, właściwy miąższ nerkowy występuje na pierwszy plan. Prócz nacieków białaczkowych w korze nerkowej spotykamy się również z dość rozległemi wybroczynami. W komórkach nacieków widoczne są dość liczne figury karyokinetyczne.

Badanie mikroskopowe wyniosłości, przebiegających wzdłuż naczyń wieńcowych serca, wykazało wszędzie obraz jednostajny, a mianowicie potwierdziło rozpoznanie makroskopowe, iż zgrubienia te polegały również na wytworzeniu się rozległych nacieków białaczkowych. Makroskopowo nacieki te zdawały się być ostro odgraniczone od mięśnia sercowego, badanie jednak mikroskopowe wykazało, iż to ostre odgraniczenie jest tylko pozornem: od głównego nacieku, usadowionego dookoła przebiegających tutaj naczyń krwionośnych, wdzierają się w obręb mięśnia sercowego wzdłuż tkanki łącznej i przebiegających wraz z nią drobnych naczyń liczne pasma takiegoż nacieku, dające się wykazać jeszcze w dość znacznej odległości od głównego nacieku (Fig. II i III). Prócz tego badanie mikrospowe wykazało obecność drobnych nacieków białaczkowych w nasierdziu w miejscach, makroskopowo zupełnie prawidłowych. Co się tyczy głównego nacieku, to składa się on głównie z limfocytów średniej wielkości, gęsto obok siebie usadowionych; pomiędzy nimi miejscami dają się wykazać resztki tkanki łącznej, drobne skupienia podnasierdziowej tkanki tłuszczowej, oraz naczynia krwionośne, tu i owdzie spotykają się również dobrze utrzymane włókna nerwowe. Włókien mięsnych, lub choćby ich szczątków w obrębie głównych nacieków nie znajdujemy, mimo iż miejscami nacieki te drążą bardzo głęboko. Nacieki są jednostajnie zbite i tylko w najpowierzchowniejszych tuż pod nabłonkiem leżących warstwach nasierdzia stają się nieco luźniejsze. Wśród limfocytów tych nacieków widoczne są dość liczne figury karyokinetyczne. Od tych głównych nacieków w głąb mięśnia sercowego wnikają w różnych kierunkach wraz z drobnemi naczyniami pasma nacieku o zupełnie takiem samem utkaniu, jak naciek główny; pasma te, wnikając w głąb mięśnia sercowego, oddzielają już to pojedyncze włókna mięsne, już też całe ich pęczki. Włókna mięsne nie przedstawiają jednak tutaj wejrzenia prawidłowego, są one wogóle znacznie cieńsze, niż prawidłowo, prążkowanie w niektórych z nich jest częściowo lub nawet całkowicie zatarte, protoplazma ziarnista. Zmiany te w mięśniu sercowym są tem wybitniejsze, im bliżej głównego nacieku; zdają się być one następstwem uciskowego działania nacieków na włókna mięsne. W obrębie głównych nacieków zmiany te posunęły się tak daleko, iż tutaj nie jesteśmy w stanie wykazać nawet szczątków mięśnia sercowego, mimo głębokiego usadowienia nacieku: naciek białaczkowy w tych miejscach zajął całkowicie miejsce mięśnia sercowego.

Niemniej ciekawy obraz mikroskopowy przedstawiają również zgrubienia żeber w blizkości miejsca połączenia ich kości z chrząstkami. Już makroskopowo dawał się tutaj zauważyć rozległy naciek, obejmujący nakształt pochewki kości żeber i usadowiony pomiędzy okostną a kością. Badanie mikroskopowe wykazuje, iż rzeczywiście okostna jest tutaj oddzielona i dość daleko, lecz niejednostajnie odsunięta od kości, przestrzeń zaś między okostną a kością jest wypełniona przez naciek białaczkowy o takich samych cechach, jak w innych narządach. Szpik kostny przedstawia tutaj utkanie limfoidalne, a więc podobne, jak i w kościach długich. Co się tyczy samej kości, to ta nie okazuje wejrzenia prawidłowego, a mianowicie: przedewszystkiem zewnętrzna blaszka w wielu miejscach jest poprzerywana i to miejscami na dość rozległej przestrzeni, a przez powstałe ztąd ubytki w istocie korowej żebra jak gdyby wylewa się pod okostną szpik kostny, a właściwie powstała na jego miejscu tkanka limfoidalna. Miejscami zewnętrzna blaszka *(subst. corticalis)* jest jeszcze wcale dobrze utrzymana, prawidłowej grubości, miejscami jednakże jest ona w różnym stopniu, niekiedy bardzo znacznie ścieńczała. Miejscami zarówno w blaszce zewnętrznej, jak i w blaszkach istoty gąbczastej zauważyć możemy, iż limfocyty wdzierają się w samą kość, odwapniają ją, uwalniają ciałka kostne, jednem słowem coraz głębiej wżerają się w blaszki kostne, powodując ich niszczenie. To też przy przeglądaniu preparatów mikroskopowych zwraca na siebie uwagę mała wogóle ilość beleczek kostnych i to przeważnie są one w najrozmaitszy sposób ponadżerane. Zwrócić należy uwagę na jeden jeszcze szczegół, a mianowicie w samym nacieku pomiędzy kością a okostną spotykamy się również z nielicznemi beleczkami kostnemi, a właściwie z odłamkami beleczek kostnych (Fig. I), które być może zostały przez naciek białaczkowy oddzielone od blaszki zewnętrznej (korowej), być zaś może zostały nowowytworzone skutkiem zadrażnienia okostnej.

Oddzielona naciekiem od kości okostna żeber w miejscu przejścia w ochrzęstną przylega już bezpośrednio do chrząstki. Opisany wyżej naciek białaczkowy między kością a okostną wciska się również w obręb samej okostnej, powodując jej rozwłóknienie i tworząc pomiędzy jej włóknami dość rozległe nacieki. Z okostnej żeber naciek białaczkowy przechodzi na tkanki sąsiednie, a nawet na przyczepiające się w tem miejscu mięśnie prążkowane, szerząc się głównie wzdłuż tkanki łącznej i wnikających wraz z nią w mięśnie naczyń krwionośnych; naciek ten otacza pęczki, a nawet pojedyncze włókna mięsne, które wogóle są znacznie ścieńczałe. Z drugiej strony z okostnej żeber naciek przechodzi bezpośrednio na opłucną ścienną, szerząc się i w niej na dość rozległej przestrzeni. W ochrzęstnej chrząstek żebrowych nacieków białaczkowych nie znajdujemy zupełnie, mimo że przylegające tutaj części opłucnej ściennej są zajęte przez naciek. Jedynie tylko w miejscu przejścia okostnej w ochrzęstną znajdujemy i w tej ostatniej nieznaczne nacieki białaczkowe. Obraz mikroskopowy kostnienia śródchrząstkowego na pograniczu kości i chrząstek żebrowych przedstawia się prawidłowo.

Jak stwierdza badanie mikroskopowe, znalezione przez nas przy badaniu pośmiertnem zmiany w oponach miękkich polegały również na wytworzeniu się nacieków białaczkowych: limfocyty tutaj są bardzo gęsto obok siebie usadowione i wnikają wraz z oponami w rowki międzyzwojowe; w niektórych z nich widoczne są figury karyokinetyczne. Naczynia są wypełnione krwią, wśród której znajdują się liczne limfocyty; w niektórych naczyniach liczba limfocytów znacznie wzrasta, a natomiast zmniejsza się liczba krwinek czerwonych; w tych naczyniach zauważyć się dają również drobne skrzepy włóknika. Miejscami w oponach miękkich spotykamy się z wynaczynieniami krwi. Powierzchowne warstwy nacieku są obumarłe, rozpadłe i tutaj pod mikrosko-

pem widzimy już to tylko miazgę rozpadową, już też limfocyty o utrzymanych jeszcze zarysach protoplazmy, lecz bez jąder, już wreszcie wolno leżące ziarna chromatynowe z rozpadłych jąder; gdzieniegdzie tylko spotyka się tutaj jeszcze dobrze utrzymane limfocyty. W warstwach głębszych naciek białaczkowy jest dobrze zachowany. Tem obumarciem powierzchownych warstw nacieków tłómaczyć się zdaje białawe ich zabarwienie, co makroskopowo odróżniało te nacieki od nacieków w innych narządach.

Jak wykazało badanie mikroskopowe, nacieki białaczkowe w oponach miękkich nie ograniczały się do miejsc zmienionych już makroskopowo, lecz przeciwnie, można je było wykazać i w innych miejscach, gdzie makroskopowo opony miękkie przedstawiały wejrzenie zupełnie prawidłowe. W obrębie samego mózgu również spotykamy się z licznymi limfocytami, które gromadzą się głównie dookoła naczyń, nie tworząc jednakże nigdzie w badanych kawałkach właściwych nacieków. Niektóre z naczyń mózgowych są również przepełnione limfocytami.

Nie wchodząc szczegółowo w rozmaite teorye pochodzenia białaczki, co zresztą nie leży w zakresie niniejszej pracy, na podstawie wyżej przytoczonych wyników badania klinicznego i pośmiertnego musimy zgodnie z zapatrywaniami Ehrlicha, Lazarusa i Pincusa rozpoznać w naszym przypadku białaczkę limfatyczną *(lymphaemia)* i to o stosunkowo ostrym przebiegu. Przypadek powyższy, już sam przez się zajmujący ze względu na rzadkość tego cierpienia, zwłaszcza u dzieci, staje się bardzo ciekawym i pouczającym ze względu na niezwykłe usadowienie nacieków białaczkowych. Pomijając zmiany w narządzie wzrokowym, już gdzieindziej szczegółowo omówione, pomijając dalej powszechnie spotykane przy białaczce zmiany w gruczołach chłonnych, śledzionie, szpiku kostnym, wreszcie również często przytrafiające się zmiany białaczkowe w wątrobie, nerkach, przewodzie pokarmowym, zwracają na siebie uwagę w naszym przypadku zmiany w błonach surowiczych, a zwłaszcza w nasierdziu, oraz zmiany w okostnej żeber i wreszcie, co najciekawsze, zmiany w oponach miękkich mózgu.

Zmiany białaczkowe w obrębie błon surowiczych, jakkolwiek wogóle bardzo rzadkie, znane są jednakże już od dość dawna. Już Virchow w swem słynnem dziele o nowotworach powiada: „indess will ich erwähnen, dass ich in sehr ausgemachten Leukämiefällen allerdings kleine lymphoide Knoten am Herzen und zwar unter dem Pericardium längs der Gefässe... gesehen habe". Jeszcze wcześniej Friedreich i Mosler opisali nacieki białaczkowe w obrębie opłucnej; znacznie później zaś Laache opisał przypadek ze zmianami białaczkowemi w otrzewnej. Od tego czasu liczba spostrzeżeń co do udziału błon surowiczych w białaczce nieznacznie tylko wzrosła. Znalezione w naszym przypadku zmiany białaczkowe błon surowiczych różnią się od podobnych zmian w spostrzeżeniach innych autorów przedewszystkiem tem, iż część tych zmian (zmiany w otrzewnej, oraz w nasierdziu poza widocznemi już makroskopowo zgrubieniami) wykazaną została dopiero przez badanie mikroskopowe; okoliczność ta zdaje się świadczyć, iż zmiany białaczkowe w błonach surowiczych są pospolitsze, niż to ogólnie przypuszczamy, lecz zmiany te tylko wyjątkowo dochodzą takich rozmiarów, aby stać się widocznemi już makroskopowo. Jeszcze i pod innym względzm znalezione w naszym przypadku zmiany w nasierdziu zasługują na uwagę: w znanych mi przypadkach (Virchow, Seelig[1]) tego rodzaju zmian znajdowano tylko ograniczone płaskie guzki, usadowione wzdłuż naczyń; w naszym przypadku zmiany białaczkowe przedstawiały się w postaci rozległych jednolitych nacieków, powodujących znaczne podłużne zgrubienia nasierdzia wzdłuż naczyń wieńcowych i ich rozgałęzień; nacieki te nie ograniczały się do nasierdzia, lecz wdzierały się również w obręb mięśnia sercowego i doprowadzały do zaniku jego włókna mięsne. Nacieki w obrębie samego mięśnia sercowego mimo zwróconej w tym kierunku uwagi nie były widoczne makroskopowo, co również daje nam prawo przypuszczać, iż zmiany tego rodzaju są częstsze, niż zdawaćby się to mogło z dotychczasowych spostrzeżeń. Z tego względu należałoby zwrócić w tym kierunku baczniejszą uwagę i badać dokładnie mikroskopowo mięsień sercowy we wszystkich przypadkach białaczki; badanie zaś to, być może, da nam możność należytego wytłómaczenia tak często spotykanych w przebiegu białaczki zaburzeń ze strony narządu krążenia, które obecnie w braku innego tłómaczenia staramy się zwalić wyłącznie na karb istniejącej jednocześnie niedokrewności.

Na zmiany w okostnej w przebiegu białaczki zwracano również już niejednokrotnie uwagę. Pierwszy tego rodzaju zmiany opisał Mosler jeszcze w roku 1876; spostrzeżeniu jednak temu nie możemy przypisywać większego znaczenia ze względu na to, iż przypadek Moslera był badany tylko klinicznie, wobec czego nie można powiedzieć nic stanowczego co do właściwego charakteru zmian w tym przypadku. Niejednokrotnie również opisywano w przebiegu białaczki zmiany w okostnej, mające charakter już to zapalny, już też nowotworowy. W najnowszych czasach Jaksch wyodrębnił nawet oddzielną postać chorobową, cechującą się: 1) zmianami w okostnej, 2) powiększeniem śledziony, 3) zmianami w składzie krwi, przypominającemi skład krwi w białaczce szpikowej *(myelaemia)*; przypadku jednak naszego za chorobę Jakscha uważać nie możemy przedewszystkiem ze względu na wręcz odmienny skład krwi. W dostępnem mi piśmiennictwie spotkałem tylko w jednym przypadku opisane zmiany w okostnej, podobne do znalezionych przezemnie, a mianowicie u Eisenlohra. Autor ten przy badaniu pośmiertnem zwłok 19-letniego mężczyzny, zmarłego na białaczkę (według ówczesnych pojęć miała to być białaczka mięszana), znalazł na przednich końcach żeber zgrubienia, zmniejszające się w kierunku ku tyłowi; już makroskopowo widocznem było nagromadzenie się pomiędzy okostną a kością żółtawo-czerwonej miękkiej masy, oraz ścieńczenie blaszki korowej żeber w odpowiednich miejscach; badanie mikroskopowe wykazało pomiędzy okostną a kością nagromadzenie dość dużych komórek z dużem stosunkowo jądrem; obok tego znalazł Eisenlohr dość liczne komórki olbrzymie, które uważa za myeloplaksy. Już z tego pobieżnego opisu widzimy, iż znalezione przez nas zgrubienia przednich końców żeber nie różniły się zasadniczo od zmian

[1]) Praca Brandenburga, który również opisuje zmiany białaczkowe w nasierdziu, nie była mi dostępną w oryginale; w referacie zaś z tej pracy w rocznikach Virchowa-Hirscha znalazłem tylko krótką wzmiankę (»Herz und Herzbeutel waren durch lymphatische Einlagerungen verändert«). *(Przypisek autora).*

znalezionych przez Eisenlohra; zmiany zaś te zasługują na uwagę ze względu przedewszystkiem na to, iż łatwo, zwłaszcza u dzieci, mogą dać powód do błędnego rozpoznawania krzywicy obok białaczki. Zwrócenie należytej uwagi na kształt tych nacieków, oraz ich usadowienie na rozleglejszej przestrzeni, niż to ma miejsce w krzywicy, wreszcie brak innych zmian krzywiczych, winno nas ochronić od pomyłek rozpoznawczych; przy badaniu pośmiertnem już pobieżne obejrzenie żeber na rozkroju podłużnym daje nam możność należytego ocenienia rodzaju tych zmian. (Dok. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Felix Freiherr von Oefele: **Keilschriftmedicin. Einleitendes zur Medicin der Konyunjk-Collection.** *Breslau 1902. J. U. Kern's Verlag. (Max Müller).*

Kto cokolwiek tylko pracował w muzeach, bibliotekach lub archiwach nad odczytywaniem starożytnych rękopisów, oceni z należytem zrozumieniem trudy, jakie czekają badacza, zabierającego się do odczytywania starożytnych rękopisów lub fragmentów, utrzymanych na glinianych tabliczkach. Obok trudności, wynikających już z natury rzeczy, należy jeszcze uwzględnić inne, sztucznie niekiedy stwarzane przez zarządy archiwów, ograniczające badaczy już to pod względem dostarczanego materyału, już też przepisujące z góry metody i kierunki badań. Z obydwóch rodzajów trudnościami miał do walczenia autor omawianej książki, zwalczając je jednakowoż dość szczęśliwie. Ze zdobyczami swojemi dzieli się on z nami w tymczasowem dość obszernem doniesieniu tak, że śmiało powiedzieć można, że pierwszy raz staje lekarz przed forum uczonych z materyałem tego rodzaju, tak obszernie i gruntownie opracowanym. Za przedmiot badań swoich obrał Oefele słynną bibliotekę króla assyryjskiego Sardanapala z Niniwy, której szczątki przedstawiające się jako zbiór 20 000 ułamków tabliczek, zapisanych pismem klinowem, przechowuje jako jeden z największych i bardzo mało tylko wyczerpanych skarbów Muzeum brytyjskie. Autor zajął się jedynie tymi tekstami, które go z punktu widzenia lekarskiego zająć mogły. Tych naliczył dosyć dużo, bo samych recept znalazł we wspomnianym zbiorze przeszło 500. Pięknie wykonanemi podobiznami przyozdobił O. książkę, stanowiącą niejako wstęp do dalszych części, które mają objąć w dwóch jeszcze tomach działy teoretyczne i praktyczne medycyny assyryjskiej.

Dr. Lachs.

V. Wyciągi.

Clopatt (Helsingfors). **O wpływie wyskoku na przemianę materyi u człowieka.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 39). Ponieważ wyniki różnych autorów, badających wpływ wyskoku na przemianę istot białkowych, nie są jednobrzmiące, autor wykonał na własnej osobie ścisłe badania, trwające 36 dni, dzieląc czas doświadczeń na trzy okresy w ten sposób, że pierwsze 12 dni żywił się według oznaczonej dokładnie dyety, przez następne 12 dni spożywał wyskok, zastępując pewną ilość tłuszczu izodynamiczną, (zawierającą takąsamą ilość ciepłostek) ilością wyskoku, a w trzecim okresie 12-dniowym nie spożywał przez pierwsze 7 dni ani wyskoku, ani też odpowiedniej ilości tłuszczu; w końcowych zaś pięciu dniach dyeta była tasama, jak w okresie początkowym. W pierwszych czterech dniach okresu wyskokowego czuł autor nieco odurzenia i bólu głowy; w dniach następnych nie doznawał żadnych dolegliwości. Wpływ wyskoku na przemianę azotu był taki, że w pierwszych pięciu dniach rozpad białka był wzmożony, w następnych dniach natomiast wyskok oszczędzał białko. Ci autorowie zaś, którzy doszli do wniosku, że przez wyskok rozpad białka się wzmaga, doszli do takiego wyniku jedynie dlatego, że wszyscy ograniczyli okres wyskokowy do zbyt krótkiego czasu, wynoszącego najwyżej cztery dni. Wyzyskanie białka i węglowodanów było we wszystkich trzech okresach prawie jednostajne, tylko tłuszcz w okresie wyskokowym był mniej dobrze zużyty, niż w pierwszym i trzecim okresie. Główne wyniki ujmuje autor w dwa zdania, a mianowicie: wyskok oszczędza nietylko pokarmy wolne od azotu, lecz także białko, skoro ustrój się do niego już przyzwyczai. Wyskok nie wywiera żadnego wpływu dostrzegalnego na wessanie pokarmów w jelitach. *Dr. Fels.*

Wormser. **Kliniczne znaczenie ruchomego tyłozgięcia macicy.** (*Münchener med. Woch.* 1902). Na podstawie badań i prac B. S. Schultzego rozwielmożniło się niebawem zapatrywanie, iż wszelką zmianę w położeniu macicy należy za każdą cenę usunąć. Przez to też wzrosła niesłychanie liczba zabiegów operacyjnych, a w następstwie i liczba nieszczęśliwych powikłań, zwłaszcza podczas ciąży i porodu, np. po waginofiksacyi macicy. Nie wspominamy tu wcale o tak rozpowszechnionem leczeniu zapomocą krążka. Zwolna zarysował się jednak rozłam w zapatrywaniach; jedni utrzymują, iż wszelkie podmiotowe objawy, na które skarżą się chore z tyłozgięciem macicy, pochodzą od samego tyłozgięcia, drudzy zaś uważają zmianę w położeniu za przypadkowe powikłanie innych zmian chorobowych, jak przewlekłe zapalenie śródmaciczne, maciczne, okołomaciczne i przydatków.

Autor zamierzył w swej pracy przy pomocy dość znacznego materyału zwrócić jedynie uwagę na tę okoliczność, iż dość poważny odsetek kobiet z wolnem tyłozgięciem macicy nie odczuwa nigdy żadnych dolegliwości; natomiast prawie równy odsetek chorych z temsamem zboczeniem doświadcza przeróżnych bólów i nie doznaje pomimo leczenia w swem cierpieniu ulgi. Dzieje się to dlatego, iż często się zapomina o tem, że u kobiet z ruchomem tyłozgięciem, a więc gdzie można wykluczyć wszelkie chorobowe zmiany czy to w narządzie, czy też ogólne w ustroju, należy przyczynę podmiotowych objawów odnosić nie do tyłozgięcia, które samo przez się często nie sprowadza bólów, na jakie chore się żalą, ale do macinnictwa, lub osłabienia nerwowego, słowem do mniej lub więcej wybitnych zaburzeń w układzie nerwowym. Dopiero gdyby leczenie w tym kierunku n. p. poddawanie, lub stosowanie środków wzmacniających i kojących zawiodło, wtedy należy się starać o poprawę położenia macicy środkami ortopedycznymi, albo operacyjnymi. Co znaczy poddawanie, niech za przykład służy przypadek, gdzie chora z wolnem tyłozgięciem poddała się wreszcie dla znacznych bólów operacyi Alexandra-Adamsa, a chociaż operujący nie odszukał wcale więzadeł okrągłych i pozostawił macicę w swem dawnem położeniu, przecież czuła się odtąd zupełnie zdrową. *G. Grzybowski.*

A. Fovlerton. **Przypadek** *gastritis pneumococcica* **z ogólnem zakażeniem ustroju.** (*The Lancet*, 12-go kwietnia 1902 r.). W ostatnich czasach zwrócono uwagę na fakt częstego zakażenia błon śluzowych pneumokokami. Chorobowe zajęcie błony śluzowej żołądka na tle pneumokoków nie było jednak dotąd opisane i przypadek Fovlertona jest pierwszym w piśmiennictwie. (Przypadek, opisany przez prof. Dieulafoy w wykładach klinicznych z roku 1898—99 p. t. »*Gastrite ulcéreuse pneumococcique*« widocznie przedstawia późniejszy okres tego samego cierpienia, lecz były tu już zajęte głębokie warstwy żołądka). Chory Fovlertona, 26 lat liczący, uskarżał się na dwa tygodnie przed wstąpieniem do szpitala na bóle w gardle i od tej chwili czuł się źle; na trzy dni przed wstąpieniem miał silny krwotok nosowy, który w mniejszym stopniu trwał i później; w przeddzień wreszcie oddał przez usta dość znaczną ilość ciemnego płynu, o bardzo przykrej woni. Badanie wykazało, że chory ten jest mocno niedokrewny; wargi miał obrzmiałe; na skórze grzbietu i policzków miał petocye; w nozdrzach, na wargach i dziąsłach koło zębów widać było skrzepłą krew. Tętno częste, małe i miękkie. Oddech bardzo przyspieszony. Po trzech dniach pobytu w szpitalu chory zmarł przy nadzwyczaj silnej duszności i upadku siły serca. Ze strony żołądka nie zauważono ani bólu, ani wymiotów, ani wogóle żadnych wskazówek na schorzenie tego narządu.

Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono następujące zmiany: głęboki żrący wrzód w prawym migdale (widocznie pierwotne gniazdo zakażenia) i wielki skrzep krwi w górnej części przełyku. Żołądek wielkości prawidłowej, treść jego ciemno zabarwiona, cała powierzchnia pokryta błoną wypocinową, która koło wpustu żołądka ma barwę prawie czarną i ściśle przylega do leżącej pod nią błony śluzowej, a koło odźwiernika staje się szarawa i mniej ściśle przylega: po podniesieniu jej widać na błonie śluzowej żołądka liczne wybroczyny; ogólne wejrzenie żołądka przedstawia obraz, jak po zatruciu kwasami mineralnymi. Na opłucnych, osierdziu, wątrobie i nerkach stwierdzono drobne wybroczyny petocyowe, w płucu prawem niewielki wylew krwawy. F. zbadał bakteryologicznie schorzałe narządy i znalazł we krwi wziętej z żyły udowej, w gnieździe płucnem i w podskórnych wybroczynach policzków czystą hodowlę *di-*

plococcus pneumoniae. Z błony wysiękowej żołądka udało mu się wyosobnić dwa rodzaje bakteryj: *diploc. pneumoniae* i lasecznik podobny do *bac. mesentericus vulgatus*. W śledzionie znaleziono tylko ten ostatni laseczník, a dwoinek nie było. Przekroje ze ściany żołądka, zabarwione na bakterye, wykazały obecność tych samych pasorzytów głównie i prawie wyłącznie w błonie wysiękowej. Histologiczne zmiany były głównie w narządzie gruczołowym żołądka: na powierzchni znaleziono grubą warstwę włóknikową, pod nią znaczne obumarcie warstwy gruczołowej żołądka; mnóstwo wybroczyn krwawych w błonie śluzowej. Brak prawie zupełny zmian zapalnych. Na ogół sprawa, wywoływana przez dwoinki w błonach śluzowych, bardzo podobna do zmian, zachodzących w płucach podczas ich włóknikowego zapalenia: taka sama wypocina włóknikowa i taka sama skłonność do wybroczyn. *Dr. St. Rudzki.*

E. Becker. **Przypadek zapalenia osierdzia ze zrośnięciem ścian, powiększeniem wątroby i wodną puchliną.** (*Philad. Med. Journal*, 15 marca, 1902). W r. 1896 Pick z Pragi pierwszy zwrócił uwagę na nieznaną do tego czasu postać chorobową, którą nazwał „rzekomą marskością wątroby, będącą następstwem zapalenia osierdzia ze zrośnięciem ścian worka sercowego"; głównym objawem tych zaburzeń była znaczna wodna puchlina, ograniczająca się tylko do jamy brzusznej. We wszystkich trzech przypadkach Picka sekcya dopiero wykazała istotną sprawę patologiczną. Po Picku opisano zaledwie 6 przypadków tego rzadkiego cierpienia. Becker szczegółowo opisuje własny przypadek, tyczący się chłopca 7-letniego. Na mocy wyników badania przez innych autorów oraz własnego spostrzeżenia B. dochodzi do następujących wniosków: 1) Rzekoma marskość wątroby, powstająca wskutek zrostów osierdzia, stanowi wyraźnie wyodrębnioną postać chorobową. 2) We wszystkich przypadkach tej choroby znajdowano podczas sekcyi zarośnięcie worka osierdziowego. 3) Oględziny pośmiertne wykazały we wszystkich tych przypadkach, iż puchlina wodna zależała od biernego przekrwienia wątroby, z rozrostem tkanki łącznej, następowem jej skurczeniem się i utrudnieniem krążenia w zakresie żyły bramnej — wszystko to jako następstwo zrostowego zapalenia worka sercowego. 4) W przypadkach obrzęku wątroby z puchliną wodną w jamie brzusznej, a bez ogólnych obrzęków i powiększenia śledziony, należy zawsze najstaranniej zbadać serce, żeby zdać sobie sprawę, czy powyższe zmiany nie zależą od przewlekłego zapalenia osierdzia. 5) Obecność puchliny wodnej w brzuchu z obrzękiem wątroby i skurczowem wciąganiem okolicy sercowej, przy braku obrzęku na stopach lub późnem jego wystąpieniem, — ma wielkie znaczenie przy rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia osierdzia. *Dr. St. Rudzki.*

Dr. Commandeur. **O sposobie stosowania chloralu w drgawkach.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 40). Chloral jest ogólnie uznany jako podstawa działania leczniczego w drgawkach; atoli tak dawka jak i sposób stosowania nie zawsze odpowiadają celowi. Chloral najczęściej bywa stosowany w lewatywach; otóż Dr. Commandeur, położnik z Lugdunu, dowodzi, że drogą tą zbyt mała i niestała ilość leku dostaje się do ustroju; nadto wskutek szybko występującego nieznoszenia odbytnicy nie można stosować więcej, niż 5—6 lewatyw. Autor ten zaleca bezwarunkowo podawanie chloralu przez usta, z uwzględnieniem jednakże dwóch przepisów, zaleconych przez prof. Fochiera: 1. poprzedzić podanie chloralu przepłókaniem żołądka dla zapobieżenia drażliwości błony śluzowej; 2. rozpuścić chloral w dostatecznej ilości płynu (100—150 grm. na jeden gram chloralu). Stosowany w ten sposób chloral dostaje się w całości do ustroju, nie drażniąc miejscowo nawet w dużych dawkach. Commandeur podawał do 14 gramów chloralu w przeciągu 14 godzin bez żadnych niepożądanych przypadłości. Dzięki temu energicznemu leczeniu chloralem, przeprowadzonemu od samego początku, udało się autorowi utrzymać cztery przypadki ciąży w prawidłowym przebiegu, co zwykle uchodzi za okoliczność nader wyjątkową. *Dr. T. Żeleński.*

Chapiro. **O stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w leczeniu róży.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 40). Dobre wyniki, jakie otrzymał Dr. Talamon (Sém. med. 1901, str. 69), wstrzykując surowicę przeciwbłoniczą w przebiegu zapalenia płuc, nasunęły przypuszczenie, że skuteczność jej w błonicy nie polega — być może — wyłącznie na swoistem działaniu na toksyny błonicze. To też próbowano stosować tę surowicę przeciw innym chorobom zakaźnym, a zwłaszcza róży. Lekarz rosyjski Chapiro otrzymał po dwóch wstrzyknięciach po 10 ctm. sześc. surowicy szybkie i wybitne polepszenie w ciężkim przypadku róży pochodzenia urazowego. Środki tak wewnętrzne, jak zewnętrzne, stosowano poprzednio, pozostały bez wpływu na rozwój choroby. Również dobre wyniki w dwóch przypadkach róży otrzymał zapomocą surowicy przeciwbłoniczej Trwietajeff. *Dr. T. Żeleński.*

Marais. **O puszczeniu krwi w przypadkach uporczywego bólu głowy.** ((*Semaine médicale* 1902, Nr. 40). U ludzi w średnim wieku występują niekiedy uporczywe bóle głowy, opierające się wszelkim rodzajom leczenia; przeciwko takim cierpieniom zaleca Dr. Marais upust krwi, jako środek bardzo skuteczny. I tak u czterdziestoletniego mężczyzny, cierpiącego na ból głowy, niczem nie dający się zwalczyć, dokonano obfitego puszczenia krwi, które na przeciąg dwóch lat uwolniło chorego od jego dolegliwości. Po dwóch latach ból głowy powrócił znowu, jednak zapomocą tego samego zabiegu udało się go usunąć. W innym przypadku chodziło o zwalczenie napadowego bólu głowy, połączonego z wymiotami i podniesieniem ciepłoty. Antypiryna, jak również wszystkie środki uśmierzające były bezskuteczne. Dr. Marais dokonał puszczenia krwi: ból głowy następnego dnia ustąpił, a chory w przeciągu kilku dni zupełnie powrócił do zdrowia. *Dr. T. Żeleński.*

Kładnicki. **Wydzielanie się żółci do dwunastnicy.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1902). Badając wydzielanie się żółci u psów z przetoką żółciową, spostrzegł autor, że nie jest ono jednostajne; np. przy karmieniu psa mlekiem najwięcej wydziela się żółci w ciągu trzeciej godziny po spożyciu; w końcu zaś 1-ej i w początku 2-ej ilość żółci jest znacznie mniejszą, a po trzech godzinach wydzielanie się jej powoli ubywa. Przy karmieniu psa mięsem największe wydzielanie żółci spostrzega się w ciągu 1-ej i 2-ej godziny; w następnych zaś szybko się ono obniża; przy karmieniu chlebem wydzielanie żółci jest przez cały czas skąpe i długotrwałe. Żółć zaczyna się wydzielać nie natychmiast po spożyciu pokarmu, lecz po upływie różnego czasu, mianowicie po spożyciu mleka po upływie 20′, mięsa po 36′, chleba po 47 minutach. Okoliczność ta dowodzi, że wydzielanie się żółci następuje nie wskutek spożycia pokarmu i przedostania się go do żołądka, lecz jako następstwo przechodzenia pokarmu z żołądka do dwunastnicy. To dało się stwierdzić w doświadczeniach na psie z przetoką żółciową, żołądkową i dwunastniczą. Odruch żółciowy (czas od przedostania się pokarmu do dwunastnicy do pokazania się żółci z przetoku) wymaga po spożyciu mleka 5′, — mięsa 21′ — chleba 19 minut. Najsilniej pędzą żółć tłuszcze i produkta trawienia białkanów w żołądku. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Łang. **W sprawie wzmożenia odporności osmotycznej krwinek czerwonych w niektórych stanach chorobowych.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 22). Badając przyczynę wzmożonej odporności krwinek czerwonych w chorobach zakaźnych, Lang (w klinice dyagnostycznej prof. Janowskiego, Petersburg) przyszedł do wniosku, że zjawisko to zależy nie od rozkładu najmniej odpornych krwinek, również nie od wzbogacenia krwi w krwinki więcej odporne, lecz jest następstwem podniesienia odporności wszystkich krwinek czerwonych. Zdanie to opiera Ł. na udowodnionym przez się fakcie równoległości wahań liczby krwinek czerwonych o różnej odporności w sprawach zakaźnych. Odporność krwi wzmaga się najprawdopodobniej wskutek krążenia we krwi substancyj trujących. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Boczarow. **Doświadczenia farmakologiczne nad wyodrębnionem sercem zwierząt o ciepłocie stałej.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 24). Badania B. (w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa w Petersburgu) są przerobieniem i skontrolowaniem doświadczeń Kuljabki. Badając na wyciętem sercu królika wpływ różnych przetworów leczniczych, dodawanych do płynu Locke, otrzymał B. wyniki następujące: digitalina (1: 100.000) i konwalaryna wywołują najpierw okres silniejszych (w niektórych doświadczeniach o 2 razy) i rzadszych skurczów, następnie okres częstszych i wreszcie niemiarowych skurczów z ostatecznem ustaniem czynności serca. Liczba skurczów serca obniża się od dawek leczniczych od 12—60 na 1′; w następnym okresie zwiększa się o 18—60 w porównaniu do normy. Strofantyna wywiera wpływ silniejszy; dla wywołania działania, równego digitalinie, wystarcza już roztwór 1: 5,000.000. Kofeina w roztworach słabych (1: 500.000) jest bezskuteczną; w roztworach 1: 8000—25.000 przyspiesza czynność serca; w roztworach 1: 500—200 zmniejsza siłę skurczów. Kofeina podnosi odporność serca na inne substancye trujące. Wyskok w dawce małej (1: 2000) nie wzmaga siły skurczów, w dużych zaś (1: 50—25) osłabia ją i nawet sprowadza do zera. Weratryna 1: 100.000 wywołuje początkowo silniejsze i rzadsze skurcze, następnie zaś osłabia je; w dalszym okresie występuje prawidłowa przemienność silniejszego ze słabszym: wreszcie niemiarowość (*arythmia*). Pod wpływem pilokarpiny (1: 5.000.000) występuje przemienność szeregu skurczów z bezczynnością serca w ciągu pewnego czasu; atropina usuwa ten obraz. Kwas pruski w słabych roztworach (1: 200.000) ma działanie tamujące i osłabiające czynność serca, w roztworach 1: 100.000 czynność serca ustaje. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

G. Ferguson. **Skuteczne leczenie raka promieniami Roentgena.** *(Brit. Med. Journal. Philad Med. Journal* 22 lutego, 1902). Przed trzema laty odjęto chorej gruczoł sutkowy z powodu raka. Nowotwór odnowił się i zajął okolicę pachową. Po zastosowaniu Roentgenoterapii w ciągu dwudziestu dni z rzędu (każde posiedzenie trwało 20 minut), nowotwór znacznie się zmniejszył, bóle ustały, a owrzodzenia pogoiły się. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 15 października 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. przewodniczący poświęca wspomnienia zmarłym kolegom: Switalskiemu, Florkiewiczowi i Kohnowi, jakoteż Virchowowi, zawiadamia, że na trumnach kolegów złożono wieńce imieniem Towarzystwa, a do rodziny Virchowa i do Towarzystwa lekarskiego berlińskiego wysłano listy kondolencyjne. Od rodziny Virchowa nadeszło podziękowanie.

III. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że od Dr. Szumana nadeszło podziękowanie za życzenia złożone z okazyi jubileuszu.

IV. Kol. doc. Chlumsky został przyjęty w poczet członków Towarzystwa.

V. Kol. Lewkowicz przedstawia chorego z chorobą Friedreicha, czyli niezbornością dziedziczną.

T. J., chłopiec 10-letni z Krakowa. Cierpieć miał dłuższy czas na gościec, począwszy od 3-go roku życia. Przebywał błonicę, kilkakrotnie zapalenie płuc, miewał objawy lęku nocnego, bóle i zawroty głowy. Przed rokiem zauważono u niego niepewność ruchów, ruchy mimowolne, osłabienie władz umysłowych, a pierwej jeszcze boczne skrzywienie kręgosłupa.

W rodzinie chorób nerwowych nie było, rodzeństwo jest zdrowe; ojciec kiły nie przebywał i nie przyznaje się do nadużywania trunków.

Głównym objawem, wpadającym w oczy, jest niezborność, objawiająca się niepewnością ruchów zamierzonych, a w spokoju ruchami mimowolnymi, przypominającymi ruchy pląsawicze. Gdy chory spokojnie siedzi, wykonuje mimowolne ruchy głowy, tułowia, kończyn; oczy okazują nieznaczne drgania, mianowicie przy patrzeniu w bok, podobnie język przy wystawieniu jest niespokojny. Chory chwieje się stojąc, zwłaszcza przy zesuniętych stopach i mimo woli szuka zawsze podpory. Chwianie to potęguje się tak, że grozi upadkiem, gdy chory oczy zamknie. Chód, bieganie, wykonywanie półobrotu są wyraźnie niezborne.

Drugim zasadniczym objawem jest zupełne zniesienie odruchów kolanowych. Odruchy skórne, jak odruch na mięśniach brzusznych, na mięśniu podnoszącym jądra, są zachowane. Źrenice równe i na światło bardzo dobrze oddziałują. Siła mięśniowa wydaje się osłabioną, a na niektórych mięśniach znać rozpoczynający się zanik. Przedewszystkiem język jest nierówny, przestrzenie międzykostne na rękach lekko zapadłe.

Chory okazuje wybitne zniekształtnienie kręgosłupa, mianowicie wygięcie wypukłością ku lewej stronie górnej części piersiowej, a ku stronie prawej dolnej piersiowej i lędźwiowej.

Stopa ma w nieznacznym stopniu ułożenie stopy końskiej; pierwsze zaś członki palców u nóg są w nadmiernem wyprężeniu, a ścięgna mięśni wyprostnych na grzbiecie nogi wybitnie wystają. Mowa powolna, nie okazuje jednak spostrzeganych w wielu przypadkach wybuchowych przyspieszeń. Zmian czuciowych wybitniejszych w odczuwaniu bólu lub ciepłoty niema.

Choroba ma cechę wybitnie postępującą, lecz przebieg jest powolny i chorzy mogą osiągnąć wiek 30—40 lat. Leczenie właściwie nie istnieje, chorych należy więc tylko oszczędzać od wszelkich wysiłków i tosamo zastosować do rodzeństwa. Choroba ma za tło anatomiczne zwyrodnienie sznurów tylnych rdzenia, w mniejszym stopniu sznurów tylnobocznych (części dróg piramidalnych), sznurów bocznych móżdżkowych i słupów Clarkea. Zwyrodnienie to rozwija się pod wpływem prawidłowych czynności, którym wspomniane drogi nie mogą wydołać, na tle usposobienia wrodzonego. Świadczy o tem okoliczność, że choroba pojawia się często u kilku z rodzeństwa w tym samym wieku i często się dziedziczy. U przedstawionego chorego ani wpływu dziedziczności, ani cechy rodzinnej wykazać nie można. Ta ostatnia mogłaby się jednak jeszcze uwydatnić, chory bowiem ma jedynie rodzeństwo młodsze od siebie, mianowicie 3 siostry w wieku 2, 6 i 8 lat.

Co do cech odróżniających od zwykłego wiądu rdzenia, to obok wieku chorych i braku tła kiłowego, należy podnieść brak objawów źrenicznych i zmian wybitniejszych w zakresie czucia. *(Streszczenie własne).*

W dyskusyi brali udział kol. Gertler i prelegent.

VI. Kol. Gliński przedstawił: 1) 2 guzy znalezione przy sekcyi zwłok 49 letniego mężczyzny, zmarłego z powodu raka przełyku. Pierwszy z tych guzów wielkości jaja kurzego znajdował się przed nerką, drugi wielkości orzecha włoskiego poza wyrostkiem łokciowym. Dokładniejsze badanie wykazało iż guzy te przedstawiają się w postaci grubościennych torebek, wypełnionych masami przeświecającemi, szklistemi, złożonemi z pozlepianych ze sobą ziarenek wielkości ziarnka ryżu. Zdaniem prelegenta mamy tutaj do czynienia z pewną odmianą *hygroma praepatellare et anconaeum,* przy której zamiast zwykle spotykanej cieczy nagromadzają się obficie t. zw. ciałka ryżowate. Według przyjętych zapatrywań tego rodzaju sprawa ma się rozwijać na tle gruźliczem. W danym przypadku badanie mikroskopowe zmian gruźliczych nie wykazało.

2) Znacznie powiększoną klepsydrowatego kształtu śledzionę, pochodzącą ze zwłok 60 letniego mężczyzny. Niezwykły kształt i powiększenie śledziony zależały w danym przypadku od usadowienia się na przeciwległych biegunach śledziony 2 bąblowców wodunkowych *(echinococcus hydatidosus).* Każdy z tych bąblowców dochodził wielkości 2 pięści i przedstawiał się w postaci olbrzymiego pęcherza, wypełnionego znaczną liczbą pęcherzy drugorzędnych. Za życia można było stwierdzić tylko powiększenie śledziony i brak bolemości.

3) Okaz perlaka (*cholesteatoma,*) w móżdżku 70 letniej kobiety. Guz nowotworowy wielkości jaja kurzego leży na miejscu dolnego robaka (*vermis inferior*) móżdżku, wciska się w półkule móżdżkowe i przenika do 4-tej komory mózgowej, w dnie której znajduje się rozległy owalny otwór; jama komory wypełniona znaczną ilością mas nowotworowych. Rdzeń przedłużony uciśnięty przez guz, nieco przypłaszczony, tkanki jego wiotsze. Zarówno obraz makro- jak i mikroskopowy nie pozostawiają żadnych wątpliwości co do natury guza, który wychodził z opon miękkich. Klinicznie zauważono tylko utrudnienie a następnie niemożność chodzenia, które to objawy wystąpić miały na 5 tygodni przed śmiercią. Chora umarła niezależnie od znalezionego guza z innej przyczyny (rozedma płuc; rozszerzenie prawego serca z następstwami).

4) Narządy wewnętrzne z przypadku *chloroma* (rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Brudzewski (ad 4) przedstawia zmiany w oku i omawia przebieg kliniczny.

VII. Kol. Dobrowolski wygłosił odczyt: »O pęknięciach macicy w ciąży«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi brali udział kol. prof. Kostanecki i kol. Lachs.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 22 października 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. przewodniczący imieniem Komitetu Towarzystwa wzywa członków, ażeby przemówienia swoje na posiedzeniach streszczali do protokołu możliwie jak najkrócej, gdyż inaczej naruszyłyby równowagę w układzie pojedyczych rubryk »Przeglądu lekarskiego«.

III. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia okaz wstępującej gruźlicy narządu moczowego z podeszłego mężczyzny, zmarłego na gruźlicę płuc. W miejscu gruczołu krokowego znajduje się obszerna jama gruźlicza, połączona ze światłem cewki moczowej, a sięgająca poza dnem pęcherza aż powyżej dolnego odcinka pęcherzyków nasiennych, częściowo również gruźliczo zmienionych; w pęcherzu bardzo rozległe i znaczne zmiany gruźlicze, zajmujące także same ujścia moczowodów; zresztą zaś w moczowodach i nerkach nigdzie ani śladu gruźlicy. Najwcześniej miały się w tym przypadku, który był przedewszystkiem klinicznie pod względem rozpoznawczym zajmujący, pojawić zmiany przyjądrzy.

W dyskusyi kol. Surzycki przedstawia przebieg kliniczny opisanego przypadku.

Kol. Borzęcki zwraca uwagę na rzadkość pojawiania się gruźlicy w wieku późniejszym (w omawianym przypadku 58 lat), podczas gdy w wieku młodszym cierpienie to częściej się napotyka.

Kol. prof. Rosner przytacza przypadek u kobiety z gruźlicą przydatków, w którym mimo przepływania prątków gruźliczych przez pęcherz, zmian w nim nie było.

IV. Kol. prof Kostanecki wygłosił odczyt: »O tak zwanej sztucznej partenogenezie«. (*Rzecz przeznaczona do druku*).

W dyskusyi przemawiali kol. prof. Rosner i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Redaktorze! W myśl §. 3-go ogłoszenia o konkursie na nagrodę imienia Dra med. Teodora Dunina, zgłosiło się o nią przed 26-tym września r. b. siedmiu kandydatów: Witold Eichler, Filip Eisenberg, Stanisław Gałecki, Aleksander Kuropatwiński, Anastazy Landau, Feliks Majewski i Bolesław Żebrowski. Wszyscy odpowiadali §. 2-mu warunków konkursu i zobowiązali się do dotrzymania §§. 5-go i 6-go tych warunków.

Po przeczytaniu wszystkich prac i odbyciu dyskusyi, sąd konkursowy uznał w dniu 10 z. m. za najlepsze następujące prace:

a) Filipa Eisenberga:

1. Ueber Isoagglutinine und Isolysine in menschlichen Seris. (Wiener klin. Woch. 1901, Nr. 42).

2. Beiträge zur Fadenreaktion. (Wiener klin. Woch. 1901, Nr. 48).

3. Badania nad strącaniem się ciał białkowatych pod wpływem swoistych precypityn. (Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie, 1902).

4. O nowszych teoryach odporności. (Przegl. Lek., 1902).

b) Anastazego Landaua:

1. Badania nad sprawnością nerek. (Księga Jubileuszowa Teodora Dunina, 1901).

2. Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych. (Rękopism).

3. Nowa teorya Koranyiego o powstawaniu moczu w świetle faktów i krytyki. (Gaz. Lek. 1902).

c) Feliksa Majewskiego (elewa kliniki chirurgicznej prof. Kadera).

1. O zjawiskach aglutynacyi we krwi człowieka i zwierząt w stanie fizyologicznym. (Gaz. Lek. 1902).

2. Przyczynek do sztucznego wytwarzania w ustroju hemolizyn i antyhemolizyn. (Rękopism).

3. Przyczynek do leczenia zapalenia otrzewnej zapomocą swoistych surowic. (Rękopism).

Postanowiono więc powtórne ich przestudyowanie dla oceny porównawczej.

Na posiedzeniu z dnia 22 z. m. sąd uznał, co następuje:

Prace kol. Anastazego Landaua odznaczają się bogactwem sumiennie opracowanego materyału, wyzyskanego nader umiejętnie i z godną uznania powściągliwością. Z istoty opracowywanych przez niego pytań wypadły jednak t. zw. wnioski ujemne. Sąd uznaje prace A. Landaua za bardzo owocne i ważne dla wyrobienia w nauce poglądu na traktowane przez ich autora zagadnienia. Zważywszy jednak, że pozostali dwaj kandydaci opracowują kwestye jeszcze żywotniejsze, o przewidywanem doniosłem znaczeniu praktycznem, i że prace ich, posiadając te same zalety w swem wykonaniu, co i praca A. Landaua, wniosły do nauki o odporności szereg faktów dodatnich, sąd w pierwszej części swej dyskusyi postanowił rozstrzygnąć konkurs pomiędzy kol. Eisenbergiem i Majewskim.

Zestawiając wymienione cztery prace Eisenberga z wymienionemi trzema pracami Majewskiego, sąd uznał jednogłośnie, że autorowie ci, prowadząc badania z jednej dziedziny, wykazali wielką umiejętność w wyszukiwaniu w niej pojedyńczych pytań, które rozwiązują trafnie na zasadzie badań bardzo mozolnych. Kol. Eisenberg pracuje nad odpornością dawniej: dotknął czynnie wszystkich jej stron i stąd obejmuje całość kwestyi samej, ale za to w pracach kol. Majewskiego uderza umiejętność wyszukania strony praktycznej w rozwiązaniu zagadnień teoretycznych. Te ostatnie zalety sąd stawia wyżej. Z drugiej nadto strony kol. Eisenberg pracuje od lat kilku w dogodnych warunkach naukowych, szukać zajęcia za granicą nie potrzebuje, gdyż wszechnice galicyjskie potrafią z czasem zapewnić należne stanowisko i miejsce do pracy tak dzielnemu pracownikowi. Tych warunków dalszej pracy nie posiada kol. Majewski. Ponieważ zaś głównym celem rozporządzanej przez sąd nagrody jest obok odznaczenia zasług dotychczasowych, danie zapomogi na dalszą, chociażby czasową pracę naukową, przeto nagrodę stypendyjną imienia Teodora Dunina sąd przyznał jednogłośnie koledze Feliksowi Majewskiemu.

Warszawa. 22/X 1902 r.

Podpisali: *Walenty Kamocki, Władysław Janowski, Bronisław Sawicki, Julian Steinhaus, Edward Zieliński.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6. listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Ciechanowski demonstrował okaz anatomiczny, a koledzy: Dr. Eisenberg i Dr. Bier mieli wykłady zapowiedziane.

* »Biblioteka Umiejętności lekarskich« ś. p. Girsztowta, która przyswoiła piśmiennictwu polskiemu tyle poważnych podręczników lekarskich, ma być, jak donosi »Kuryer warszawski« wskrzeszona pod nazwą »Biblioteki lekarskiej« przez Dra Józefa Zawadzkiego, redaktora »Kroniki lekarskiej«, który otrzymał koncesyę na to wydawnictwo. Tak więc z początkiem r. 1903 powstanie w Królestwie Polskiem trzy nowe czasopisma lekarskie i wspomniana »Biblioteka lekarska«. Czy ten ożywiony ruch wydawniczy jest rzetelnym objawem wzmożonej wytwórczości naukowej z jednej, a zwiększonych potrzeb umysłowego rozwoju lekarzy polskich z drugiej strony, przyszłość rozstrzygnie; utrwalony i zapewniony byt wydawnictwa stanie się nieomylnym tego probierzem, a ufajmy że będzie pomyślnym. „Biblioteka lekarska" wychodzić będzie co miesiąc w objętości 10—15 arkuszy druku i według koncesyi ma obejmować: podręczniki oryginalne i tłómaczone ze wszystkich gałęzi medycyny, higieny i nauk pomocniczych; sprawozdania i wyciągi z prasy polskiej i zagranicznej, oraz inne rubryki pomniejsze, jak w tygodnikach. Cena roczna wynosić będzie w miejscu 8, na prowincyi 10 rubli; za tę kwotę prenumeratorowie otrzymywać będą 12 dzieł naukowych rocznie. Jest to cena wprost niemożebnie niska, mogąca nawet niepokoić o los i trwanie czasopisma, chyba że Redakcya posiadać będzie wyjątkowo dogodne warunki spółpracownictwa i materyału drukarskiego. Uznając całą doniosłość wydawania po polsku najcelniejszych podręczników lekarskiego piśmiennictwa europejskiego, życzymy szczerze Redakcyi »Biblioteki lekarskiej« jak najpomyślniejszego powodzenia w przedsiębiorstwie, mającem na oku, jak się zdaje, wyłącznie duchowe dobro przyszłych pokoleń lekarzy.

* W Królestwie polskiem praktykuje 1,779 lekarzy na 10,119,000 mieszkańców, czyli 17.4 na 100,000. Z tej ogólnej liczby lekarzy przebywa 992 w Warszawie, a 141 w Łodzi, na resztę więc kraju t. j. na 9,077,000 ludności przypada tylko 716 lekarzy.

* Dr. Czesław Chęciński habilitował się w Odesie do wykładów z zakresu anatomii patologicznej.

* Kierownikiem oddziału ginekologicznego szpitala izraelickiego w Krakowie mianowany został Dr. Jan Lachs.

* Dr. Ludwik Berger, sekundaryusz szpitala św. Łazarza, mianowany został lekarzem miejskim szpitala w Prijedor w Bośni.

* Na jednem z posiedzeń międzynarodowej konferencyi przeciwgruźliczej w Berlinie oświadczył szef sekcyi, Dr. Kusý, że rząd austryacki zamierzył przeprowadzić organizacyę walki społecznej z gruźlicą i że ta organizacya, na wzór stowarzyszenia Czerwonego krzyża, obejmie całe państwo austryackie.

* Pamięć Esmarcha ma być uczczoną pomnikiem w Tönning, miejscu jego urodzenia.

* Dr. Leuriaux zawiadomił Akademię belgijską w Brukseli o wynalezionej przez siebie surowicy przeciwkrztuśćcowej, wytworzonej na tej samej zasadzie, której się trzymał Roux w wynalezieniu surowicy przeciwbłoniczej. Wyniki leczenia krztuśćca tą surowicą w szpitalach belgijskich mają być rozstrzygające: krztusiec ustaje 8—10 dnia, jeśli wstrzykiwanie wykonano dość wcześnie. Wiadomość ta przeszła

z dzienników politycznych do lekarskich, które ją podają bez uwag.

* Kongres balneologów niemieckich odbędzie się w Berlinie w m. marcu 1903 r. pod przewodnictwem prof. Liebreicha.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLII. (12—18—X). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 25, urodziło się dzieci 51, zmarło osób 52. mianowicie: z gruźlicy 13 (8 zam.), z zapalenia płuc 5, z błonicy 1, z krztuśca 1, z płonicy 4 (2 zam.), z duru brzusznego 2, z cholery dziecięcej 2.

* Między 22 a 28 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gminy), horodeńskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), wadowickim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali: Dr. Randolph Winslow profesorem chirurgii w Baltimore. Dr. Roux profesorem nadzw. anatomii w Lozannie. Dr. Christian profesorem narządów moczopłciowych w Filadelfii. Docenci: Strauss i Rosin, asystenci prof. Senatora, otrzymali tytuł profesorski.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Bolesław Boniuszko l. 67. w Żytomierzu. Dr. Castro prof. chirurgii i Dr. Gonzalez del Solar prof. higieny — w Buenos Ayres. Dr. Schwaner prof. chemii i farmacyi — w Gryfii. Dr. Teodor Wróblewski, lekarz okręgowy — w Goldyndze (Kurlandya). Dr. Władysław Cypryan Żywicki, l. 70 — w Warszawie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 44. Gryglewicz: Z kazuistyki moczówki cukrowej. L. Nencki i H. Nussbaum: O znaczeniu fizyologicznem i higienicznem przypraw pokarmowych i tak zwanych używek ze szczególnem uwzględnieniem napojów wyskokowych. Halpern: O własnościach hemolitycznych surowicy ludzkiej. (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 44. Ołtuszewski. Ósmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Mintz: O uchyłkach w dolnej części przełyku.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 9. Zieliński: Kilka słów w sprawie higieny jamy ustnej i o nowej szczotce do zębów. Ziemens: Kilka uwag o obchodzeniu się z kauczukiem i kotłem do wulkanizowania.

— *Przegląd felczerski* Nr. 21. Jak należy postępować w przypadkach uwięźnięcia ciała obcego w worku ręcznicowym i w rogówce. Nieco z bakteryologii. Z praktyki felczerskiej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 44. Maixner: Jan Bohumil Eiselt. Krátká historie Pražské lékařské fakulty. Hippokratismus ve vnitřní medicině. (c. d.) Kutvirta: O kyslíku v otiatrii. Pitha: O aetiologii a diagnose mimoděložního těhotenství.

— *Sbornik klinický* (Rocznik IV, Nr. 1.) Hnátek: Příspěvek ku diagnostice arteriosklerosy centralního čivstva. Feyvar: O vztachu mezi vadami serdečnimi a tuberkulosou plicní. Prokop: Otrawa kyselinou octovou. Syllaba: O vztazich obrny zvratného nervu hrtanového k vnitřním chorobám.

— *La Presse médicale* Nr. 86. Jeandelize: Niewydolność narządów tarczykowych i przytarczykowych a drgawki. Lavarenne: Sala operacyjna w „Maison de chirurgie“.

Nr. 87. Audibert: Ciałka eozynofilne krwi. Badania i morfologia. Dumont: Sprawy zawodowe.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 43. Baumgarten: Dalsze badania nad hemolizyną w surowicach różnorodnych. Thorner: O fotografii dna oka. Jolly: O mroczkach i migrenie (dok.). Aronson: Badania surowicy łańcuszkowcowej i przeciwłańcuszkowcowej. (dok.). Körte: Wypadek i choroba Rudolfa Virchowa.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44. Wagner Jauregg: Obciążenie dziedziczne. Kaufman i Pauli: Objawy napadów dusznicy bolesnej (doniesienie drugie). Ból nadbrzusza towarzyszący dusznicy bolesnej. Ortner: Uwagi kliniczne nad stwardnieniem tętnic jelitowych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 43. Fischer: Wartość barwienia włókien elastycznych dla rozpoznania histologicznego. Bönniger: Badanie czynności żołądka metodą Sahliego. Ranke: Dalszy przyczynek go leczenia zgorzeli raka wodnego za pomocą wycięcia tkanki schorzałej. Graefe: W sprawie owaryotomii podczas ciąży. Hofmann: W sprawie szwu pęcherza po cięciu górnem. Grunert: Nowa zaczepka przeciw przekłówaniu błony bębenkowej. Fels: Przypadek wrodzonego torbiela nerki z krwiakiem przynerkowym u zakażonego przymiotem. (dok.). Kehr: Rzut oka na 720 laparotomij z powodu kamieni żółciowych z szczególnem uwzględnieniem 90 przypadków sączkowania przewodu wątrobowego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 44. Wassermann: Nowy rodzaj surowicy błoniczej. Martin: O powstaniu epidemii zimnicy w niemieckich miejscowościach: Harlinger i Jever. Valdvogel: Ostre zapalenie nerek na tle kiłowem. Schmidt: W sprawie powstawania ziarnek bazofilnych z ciałek czerwonych krwi. Glaser: Znaczenie prątka durowego w chorobach narządu oddechowego, wikłających dur brzuszny, jego występowanie w plwocinie (dok.). Neumann: Częstość zdolności karmienia.

Redakcya otrzymała. Browicz: Die Beziehungen zwischen den intraacinösen Bluttkapillaren und den intracellulären Ernährungskanälchen der Leberzelle. Rambousek: Schädliche Gase in gewerblichem Betriebe.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 12 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy,* posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Spira będzie miał wykład p. t. „Zasady zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego i ich lokalizacya“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.